

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A QUESTÃO DOS DISCURSOS NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR A
PARTIR DA PSICANÁLISE LACANIANA**

Carla Borim Mirachi Melo

Belo Horizonte

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Carla Borim Mirachi Melo

**A QUESTÃO DOS DISCURSOS NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR A
PARTIR DA PSICANÁLISE LACANIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais, como
Requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Belo Horizonte

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

M528q	<p>Melo, Carla Borim Mirachi</p> <p>A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana / Carla Borim Mirachi Melo. Belo Horizonte, 2009. 162f. : il.</p> <p>Orientador: Luis Flávio Silva Couto Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.</p> <p>1. Psicanálise. 2. Lacan, Jacques, 1901-1981. 3. Hospitais – Aspectos psicológicos. 4. Médico-paciente. 5. Enfermeiros e pacientes. 6. Pacientes – Relações com a família. I. Couto, Luis Flávio Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDU: 159.964</p>
-------	---

Carla Borim Mirachi Melo

**A QUESTÃO DOS DISCURSOS NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR A PARTIR DA
PSICANÁLISE LACANIANA**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-graduação
em Psicologia na Área de Concentração:
“Processos de subjetivação”, na linha de pesquisa:
“Processos psicossociais”, da Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais.

Luís Flávio Silva Couto (Orientador) – PUC Minas

Marisa Decat de Moura – FUMEC

Andréa Maris Campos Guerra - UFMG

Belo Horizonte, 04 de dezembro de 2009.

*Aos meus pais,
pelo incentivo e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), por financiar esta dissertação de mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto, pela dedicação, disponibilidade e leitura extremamente criteriosa.

A Marisa Decat e a Andréa Guerra, por aceitarem com carinho o convite para participarem da qualificação e da defesa desta dissertação.

Aos pacientes, familiares, funcionários, equipes de saúde e praticantes de psicanálise dos hospitais gerais em que trabalhei, por me possibilitarem um crescimento indescritível tanto no que se refere aos aspectos pessoais quanto aos profissionais.

Ao meu querido marido, por compartilhar cada etapa deste trabalho com a compreensão e com o amor de sempre.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção, especialmente ao Guiu e a Bella.

RESUMO

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo analisar a relação dos discursos com a particularidade da função do praticante de psicanálise no Hospital Geral a partir da perspectiva lacaniana. Através do relato de experiências profissionais da pesquisadora, foram descritos os laços sociais estabelecidos na instituição hospitalar e foram problematizadas as questões relativas aos mesmos. Em um segundo momento, extraiu-se as discursividades presentes no contexto médico fazendo uma revisão do conceito de discurso e trabalhando a teoria dos discursos de Lacan. Além disso, foi realizada uma análise crítica dos modos discursivos e pôde-se concluir que determinados laços sociais são imperativos no espaço hospitalar. A atuação da praticante de psicanálise também foi avaliada e discutida no sentido de se pensar o que poderia ser feito a fim de que um certo equilíbrio fosse estabelecido entre as discursividades. Finalmente, concluiu-se que a análise pessoal da praticante foi fundamental para o trabalho realizado por ela no hospital em estudo. Isto porque, sustentada pelo discurso do analista, ela se permitiu transitar pelos discursos radicais e assim, propiciou condições para que a subjetividade fosse considerada no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Psicanálise lacaniana. Hospital geral. Discursos em Lacan.

ABSTRACT

This master's dissertation analyses the relation between discourses and particularities of psychoanalysis practice at the General Hospital, from a Lacanian perspective. Through narration of researcher's professional experiences, social connections established in hospital institution were described and respective questions and relevant issues were outlined. In a second moment, discourses in a medical context were extracted for a discourse concept review, in the scope of Lacan's Theory of Discourse. Additionally, the different discourse modes were critically reviewed and the conclusion was that some social connections in hospital environment are imperative. The psychoanalysis practitioner was also evaluated and discussed as to what could have been done to establish a balance between discourses. Finally, we concluded that the practitioner personal analysis was fundamental for the work she carried out at the studied hospital. That is because, supported by the analyst's discourse, she allowed herself to transit through radical discourses and, therefore, provide conditions to have the subjectivity considered in the hospital environment.

Keywords: Lacanian psychoanalysis. General hospital. Discourses in Lacan.

LISTA DE ABREVIATURAS

Ed. – Editor

Ex. – Exemplo

Org. – Organizador

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CID – 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PS – Pronto Socorro

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

ADVERTÊNCIA:

Para fins de sigilo ético e profissional, aviso aos leitores que vários aspectos que pudessem identificar as pessoas citadas nesta dissertação de mestrado foram modificados, entre eles: nome, idade, sexo, estado civil, profissão, grau de parentesco, especialidade médica, doença, período de internação, data e posição do paciente na família (se é pai pode aparecer como filha, etc.).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A EXPERIÊNCIA DE UM PRATICANTE DE PSICANÁLISE NO HOSPITAL	
GERAL FRENTE:.....	15
2.1 As solicitações da equipe médica	15
2.2 As demandas da diretoria e dos funcionários	45
2.3 As questões dos pacientes e familiares	54
2.4 Aos pedidos da enfermagem	64
3 OS DISCURSOS E A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	80
3.1 O discurso do mestre	96
3.2 O discurso da histórica	99
3.2.1 O discurso da ciência.....	104
3.3 O Discurso do psicanalista	108
3.4 O discurso da universidade.....	112
3.5 O discurso do capitalista	117
4 O HOSPITAL GERAL E OS LAÇOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA	120
4.1 O praticante no lugar de agente do discurso do analista	125
4.2 O praticante no lugar de agente do discurso da universidade	130
4.3 O praticante no lugar de agente do discurso da histórica.....	136
4.4 O praticante no lugar de agente do discurso do mestre	141
4.5 O discurso do capitalista e o hospital geral	147
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:	151
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICE	161

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela atuação dos praticantes de psicanálise¹ no hospital geral surgiu quando eu ainda era estudante de graduação do curso de Psicologia. Através de estudos teóricos, estágios na área e cursos específicos, tive a oportunidade de me aproximar da realidade hospitalar e me apaixonar pelo exercício da profissão neste contexto. Em conjunto com o encantamento e com a expectativa de desenvolver um trabalho de qualidade, também estiveram presentes as inseguranças e os receios de quem se vê diante de uma grande responsabilidade. Além disso, fazer valer a subjetividade dos envolvidos com a organização tendo como norte a ética do desejo, colocou-se como um desafio significativo no espaço médico.

Inegavelmente, os hospitais gerais são fundamentais à comunidade e relações são instituídas em seu cotidiano. Eles concentram profissionais qualificados e todo um arsenal teórico e prático que, junto com equipamentos tecnológicos, são, supostamente, capazes de resolver qualquer espécie de enfermidade e deficiência. Por este motivo, o hospital geral é tido pela sociedade como um lugar plenamente capacitado a garantir a cura do paciente.

A instituição hospitalar é um terreno da medicina e, desde os seus primórdios, entretanto, em certas situações, é marcada pela reclusão e pela segregação. Em nome da reabilitação e da cura, muitas vezes os doentes são isolados das outras pessoas e não têm os seus aspectos subjetivos considerados. Além da tristeza pelo adoecimento e pela hospitalização, não é raro ouvirmos os pacientes reclamarem de solidão, de falta de privacidade e de não poderem emitir as suas opiniões sobre os seus próprios tratamentos.

Adicionalmente, a experiência como praticante de psicanálise nos hospitais gerais permitiu-me perceber uma dificuldade no estabelecimento dos laços sociais. Com frequência, pude observar um certo estranhamento nas relações entre os pacientes, os familiares, os profissionais de saúde e os funcionários. Havia uma ausência de ligação entre os atores das situações que, usualmente, trazia inúmeras complicações nas rotinas da instituição. Muitas vezes, em função do bom andamento das normas institucionais e da realização dos procedimentos, os sujeitos não eram escutados nas suas angústias. A partir daí, uma questão se instalava.

¹ O termo “praticante de psicanálise” será utilizado com o objetivo de marcar a distinção entre o trabalho realizado pelo psicanalista em seu consultório privado e aquele desenvolvido pelos profissionais com escuta psicanalítica nas instituições. O uso desta expressão tem como base o texto “Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia” de Jacques-Alain Miller (2001).

Diante dos impasses vividos pelos usuários da organização hospitalar em estudo, os membros da clínica de Psicologia² eram solicitados para resolver os mais diversos problemas. O motivo da solicitação podia variar desde um quadro depressivo de um paciente até um treinamento da equipe de enfermagem. Por causa da variedade das demandas e da complexidade do ambiente, muitas vezes eu não me dava conta do lugar que estava sendo convocada a ocupar, nem quais seriam os interesses vigentes e como eu deveria me posicionar.

Ao compartilhar as minhas inquietações com colegas de profissão, percebi que as angústias não eram somente minhas. Eles também enfrentavam o grande desafio de sustentar uma conduta psicanalítica em um ambiente que preza a burocracia, a ciência e o capital. Dessa maneira, a compreensão dos discursos no espaço hospitalar mostrou-se muito importante, não apenas para mim, mas para todos os praticantes nesse contexto. Isto porque o entendimento das relações favorece a escuta, as intervenções e o posicionamento condizente com a política, com a estratégia e com a tática da psicanálise.

Todavia, compreender os laços sociais que se estabelecem nas relações rotineiras de um hospital geral não é importante unicamente para os praticantes. Por diversas vezes, médicos, enfermeiros, funcionários, pacientes e familiares sentem-se angustiados e pressionados e não sabem o porquê. Não é rara a insatisfação estar presente e o praticante ser convidado a escutar questões que não dizem respeito ao adoecimento e ao medo da morte. Por isso, a compreensão das relações no contexto hospitalar é de grande auxílio para todos aqueles que possuem vínculos com a instituição, desde os trabalhadores aos usuários dos serviços.

Assim, a escolha pelo tema desta dissertação de mestrado, a saber, “A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana”, surgiu a partir dos desafios enfrentados na minha prática. Imbuída do desejo e do compromisso ético de realizar um trabalho de qualidade, busquei respostas para as minhas perguntas. Para isso, precisei de um arcabouço teórico consistente, condizente com o assunto em questão e com o qual eu me identificava. A escolha pela psicanálise já havia sido feita desde a época da graduação, na medida em que ela se interessa pela escuta do sujeito e por sua subjetividade, independente de qual seja a doença orgânica da qual o paciente é portador. Dessa maneira, esta dissertação foi baseada na teoria psicanalítica, na vertente lacaniana e, principalmente nas teorizações sobre

² O termo “clínica de psicologia” será utilizado porque os membros desse serviço, no hospital em estudo, são psicólogos. Contudo, é importante ressaltar que todos trabalham com a escuta psicanalítica e, por isso, estão sendo considerados praticantes de psicanálise.

os discursos radicais em psicanálise.

Lacan trouxe avanços consideráveis aos pressupostos psicanalíticos, especialmente no que se refere aos laços sociais. A partir dos conceitos de significante mestre, de cadeia significante, de objeto “a” e de sujeito barrado, ele construiu a sua teoria dos discursos. Ela foi desenvolvida no Seminário XVII “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992), na “Conferência de Milão” (1978) e em outros textos. No entendimento de Viganó (2006), a teoria dos discursos não se limita à compreensão dos movimentos de massa. Ela possibilita também esclarecimentos nas relações do sujeito com o outro. Em suas palavras:

A teoria dos discursos não é uma teoria social que se limita a descrever as mutações dos fenômenos coletivos. O social, enquanto instituição, mostra o sujeito no instituído do sentido oposto e a dimensão da certeza, enquanto a passagem de discurso mostra o sujeito, ao mesmo tempo, representado pela cadeia significante e implicado em uma falta. (VIGANÓ, 2006, p.05).

Dessa maneira, a teoria dos discursos propicia uma leitura própria dos enlaços sociais e isso é de grande valia para esta pesquisa. Isto porque ela permite uma maneira peculiar de se pensar as relações entre o saber inconsciente, o campo da linguagem e o gozo. Lacan propõe a existência de quatro discursos radicais. Eles organizam, através de matemas, maneiras distintas de relação que regulam o laço social. São eles: o discurso do mestre, o da histórica, o do psicanalista e o da universidade. Ele postulou também um quinto discurso, o chamado discurso do capitalista que se relaciona, principalmente, com o consumismo de bens materiais.

No entanto, não apenas a teorização lacaniana é importante aqui. A partir de sua obra, diversos psicanalistas desenvolveram idéias concernentes aos discursos bem como avançaram na compreensão do tema. Podemos citar autores como Ivan Di Ciaccia (1997), Carolina Coelho (2006) e Antonio Godino Cabas (2005) que estabeleceram leituras particulares da teoria e a utilizaram em diferentes contextos.

Em relação ao hospital geral, vários psicanalistas trouxeram contribuições importantes. Entre eles podemos citar Sônia Alberti (2000), Marisa Decat Moura (2007) e Luis Flávio Silva Couto (2007). Os pensamentos de Jean Clavreul (1983) sobre o discurso médico e a obra de Michel Foucault (2003) sobre o nascimento da clínica também enriqueceram e elucidaram o objeto de estudo desta dissertação.

Contudo, esta pesquisa não pretendeu ser apenas teórica. No segundo capítulo, o relato de minhas experiências possibilitou uma maior proximidade entre a teoria e a prática clínica, o que certamente contribuiu para a investigação proposta. Com base nas vinhetas clínicas, o

objetivo desta dissertação foi o de analisar a relação dos discursos em psicanálise com a particularidade da função do psicanalista no hospital geral a partir da perspectiva lacaniana. Além disso, pretendeu conhecer as relações estabelecidas entre os discursos, compreender como as regras institucionais e o reducionismo científico desconsideram a subjetividade dos envolvidos com a organização, e demonstrar como o praticante pode operar com as discursividades possibilitando que se quebrem certos automatismos significantes e permitindo que uma certa circularidade entre os modos discursivos se faça presente.

Para isso, consideramos muito importante relatarmos as experiências profissionais da pesquisadora. No segundo capítulo, a partir da atuação tanto com os pacientes, quanto com os familiares, com os profissionais da saúde, com os dirigentes e com toda a sorte de funcionários, descrevemos os laços sociais estabelecidos em uma instituição hospitalar da região metropolitana de Belo Horizonte e problematizamos as questões relativas aos mesmos. É importante ressaltar que a divisão entre os tópicos foi determinada exclusivamente para fins didáticos. Além disso, como explicitado na advertência que antecede a introdução da dissertação, é fundamental marcar que os nomes, o sexo, as idades, e vários outros dados foram modificados com o intuito de manter a ética do sigilo.

No terceiro capítulo, tivemos como objetivo, a partir das vivências descritas no capítulo anterior, extrair as discursividades presentes no contexto do hospital geral fazendo uma revisão do conceito de discurso e trabalhando a sua teoria por Lacan.

Finalmente, a proposta do quarto capítulo foi a de localizar os discursos predominantes na instituição hospitalar, apresentar como eles se articulam, fazer uma avaliação da atuação da pesquisadora como praticante de psicanálise neste ambiente e demonstrar como os praticantes podem trabalhar no sentido de estabelecer um certo equilíbrio entre os discursos. Na conclusão da dissertação, enfocamos os principais pontos abordados e fizemos considerações finais acerca do assunto proposto.

Assim, este estudo pode mostrar-se importante para todos aqueles que estão envolvidos com a instituição hospitalar. Esta dissertação de mestrado favoreceu o meu entendimento dos laços sociais e demonstrou como o praticante de psicanálise pode atuar de modo a possibilitar posicionamentos condizentes com a subjetividade e com as escolhas de cada sujeito.

2 A EXPERIÊNCIA DE UM PRATICANTE DE PSICANÁLISE NO HOSPITAL GERAL FRENTE:

2.1 As solicitações da equipe médica

O hospital geral é legitimado como um espaço de cura e de reabilitação, sustentado pelos avanços científicos principalmente os do campo da medicina. A instituição hospitalar é também considerada um local de formação e de transmissão de conhecimento no qual o saber médico tem a seu favor a eficiência, a eficácia e a objetividade. O paciente tem o seu corpo dolorido, exposto e costurado, não importando seu sexo, idade ou prognóstico da doença. Como Foucault (2003) nos lembra:

O espaço de *configuração* da doença e o espaço de *localização* do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica. Época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas; o mal se articula exatamente com o corpo e sua distribuição lógica se faz, desde o começo, por massas anatômicas. (FOUCAULT, 2003, pág. 01).

Sendo o espaço do hospital geral um ambiente predominantemente da medicina, é visto que o paciente busca a instituição com o objetivo de cura para a sua doença orgânica. Ele procura uma solução para a sua dor e para o seu sofrimento físico. Solução esta que se personifica na figura do médico e não nos outros profissionais de saúde. Conseqüentemente, o representante da medicina passa a ser o responsável por aquele doente e o detentor de um suposto saber. É ele quem possui maior autonomia sobre a conduta a ser tomada em cada caso.

Tendo em vista esta realidade, a autorização do médico torna-se importante para que o paciente seja atendido por outras especialidades. Dessa forma, é raro um nutricionista ou um fisioterapeuta atender um paciente sem o consentimento da equipe médica. Trata-se de um cuidado ético e de uma atitude de respeito entre os profissionais de saúde. Diante destas questões, o serviço de psicologia não trabalha de maneira diferenciada.

A clínica de psicologia e psiquiatria só atende os pacientes internados nos

apartamentos e enfermarias quando há uma solicitação expressa - por escrito - de interconsulta pela equipe médica. Esta medida também é entendida como uma tentativa de implicação dos médicos no que se refere à subjetividade do doente. Isto porque, normalmente, o olhar deles está sobre a anatomia patológica e raras às vezes, sobre as questões subjetivas do paciente.

Contudo, é preciso tomar cuidado com as generalizações. O médico também tem suas questões e assim ele sente medos e angústias. Frequentemente, o praticante de psicanálise é convidado a escutar as lamúrias e as inseguranças de um sujeito que encontra dificuldade em sustentar o seu lugar de representante do saber médico.

Uma recusa de tratamento

Quando o paciente não tem adesão ao tratamento e o médico se vê desprovido dos recursos da medicina ou mesmo pessoais para convencê-lo de suas orientações, uma questão se instala. O posicionamento contrário à cura e à reabilitação coloca-se como um impasse na instituição.

Certa vez, a equipe médica da clínica de nefrologia, bastante perturbada, solicitou atendimento psicológico para um paciente de 42 anos com grave insuficiência renal. Motivo do pedido³: ele não queria submeter-se às sessões de hemodiálise. A praticante de psicanálise conversou com o médico responsável e este mostrou a sua impotência diante da recusa de tratamento do paciente. Explicou a ela que os rins jamais voltariam a funcionar e que, sem as sessões de hemodiálise, a morte seria inevitável. No entanto, em sua opinião, o paciente poderia ter uma qualidade de vida razoável apesar das duas horas de hemodiálise três vezes por semana. Além disso, posteriormente, ele poderia até tentar, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um transplante renal, uma vez que tinha indicação médica para tal procedimento.

A solicitação pelo serviço de psicologia e psiquiatria ocorreu depois de inúmeras tentativas frustradas da equipe médica de convencer o paciente da necessidade do tratamento. O caso provocou uma repercussão em toda a instituição. Ao abordar Lázaro, a praticante percebeu um homem debilitado, em precárias condições higiênicas, sozinho no apartamento (o que contraria as normas do hospital). Ele mostrou-se bastante receptivo, educado e

3 Jargão utilizado no hospital geral para as solicitações de atendimentos para a clínica de psicologia e outros serviços.

categorico na sua decisão: não queria fazer sessões de hemodiálise. Adotando uma postura ética de não diretividade e, não interessada em tentar convencê-lo – tal como será discutido de maneira mais aprofundada no próximo capítulo – da necessidade e conveniência da aceitação da hemodiálise, a praticante mudou o foco da questão e procurou conhecer um pouco a sua história. Ele relatou que era solteiro, sem filhos, funcionário público, filho único de pais falecidos e que morava sozinho. Com frequência, lhe visitavam três tias idosas. Elas eram explícitas em dizer que não tinham condições de recebê-lo nos seus lares devido às suas condições de saúde. Na opinião delas, ele deveria permanecer, portanto, hospitalizado. O paciente, consciente da postura dos familiares, falava do seu desejo de ir para a sua casa e que garantia os cuidados de si mesmo, até a sua morte.

Muito se conversou com Lázaro sobre seu estado de saúde, sobre suas limitações e também sobre a possibilidade de sobreviver caso se submetesse às sessões de hemodiálise. Ele se propôs, então, a fazer algumas sessões para propiciar uma avaliação a partir da experiência. O paciente passou por três processos de diálise, assinou um termo de responsabilidade sobre seus atos, fez um testamento a respeito dos seus poucos bens e foi para casa, morrer.

Cerca de três meses se passaram desde a internação até a sua própria alta hospitalar. A escolha do paciente foi respeitada, apesar do poder do discurso da medicina. Um trabalho árduo foi feito com familiares, equipe médica e instituição para que a singularidade e a ética do desejo se fizessem presentes. Houve uma grande cobrança de que a psicologia resolvesse o “problema”. Como nos lembra Carvalho (2008), “em muitas situações o analista sustenta uma questão que pode ser revelada por um mal-estar, e será fundamental que os outros profissionais da equipe possam escutar tal questão para que uma intervenção possa produzir seus efeitos”. (CARVALHO, 2008, p.48).

Neste ínterim, as discussões do caso entre os componentes do serviço de psicologia foram muito importantes para a condução do tratamento dentro dos princípios éticos da psicanálise. Lázaro também foi avaliado pela psiquiatria e um diagnóstico de neurose obsessiva grave foi concluído. Foi colocada para o paciente a importância da continuidade do acompanhamento psíquico com um profissional que fosse da sua escolha. Deixou-se claro que isso seria independente da sua decisão pela realização ou não da hemodiálise. Infelizmente, o serviço de psicologia não teve mais notícias de Lázaro. Pois afinal, “por nossa posição de sujeito sempre somos responsáveis” (LACAN, 1998, p.873). Isto, no entanto, não impediria que o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) fizesse contato com o paciente a fim de lhe dar assistência no que diz respeito ao seu estado físico e psíquico.

De fato, o saber médico exerce significativa influência no hospital geral. Souza (1999),

no seu artigo “Os diferentes discursos na instituição hospitalar”, afirma que o discurso médico é hegemônico e sendo o qual confere identidade à instituição hospitalar. Contudo, o caso de Lázaro explicita os limites de um campo que apresenta um certo não saber diante das questões subjetivas. A perturbação dos profissionais de saúde diante da postura subjetiva do paciente propiciou um olhar para o sujeito do desejo que, com frequência, é desconsiderado:

Se os desenvolvimentos atuais no campo da medicina têm propiciado uma elucidação cada vez maior de certas doenças, por outro lado, esse discurso científico tem deixado sistematicamente de lado, o lugar de sujeito desejante naqueles que transitam pelo espaço institucional. (SOUZA, 1999, p. 38).

Na situação citada, o paciente foi visto como uma pessoa transgressora e que se recusava a cumprir a indicação médica o que, afinal de contas, ele não deixara de sê-lo. Entretanto, o sujeito desejante não foi compreendido pelos profissionais de saúde que, após perderem as expectativas de convencer o paciente da submissão ao tratamento, passaram a vê-lo como um louco. Para o praticante de psicanálise não se tratava de rotular o paciente, mas ouvi-lo.

Uma questão sexual

Diversas vezes, diante de atitudes não condizentes ao que seria esperado pelos protocolos médicos, a loucura parece próxima. Um outro pedido de atendimento psicológico pela equipe médica diz respeito a uma possível insanidade mental de um paciente. A solicitação foi para um senhor, chamado Alberto, de 76 anos, com diagnóstico de câncer em fase terminal. Houve uma preocupação dos profissionais quanto ao aspecto emocional do paciente, uma vez que ele havia sido pego pela enfermagem tentando pular da janela de seu apartamento. Tratava-se de um fazendeiro, casado, com oito filhos.

A princípio, foi pressuposto que a tentativa de auto-extermínio devia-se ao seu grave estado de saúde. No entanto, no atendimento a ele e aos seus filhos, a praticante soube que Alberto tinha revelado à sua família sua homossexualidade. Após escrever uma carta pedindo perdão a todos, ele tinha atuado.

Aqui, torna-se necessário marcar a distinção entre a passagem ao ato e o *acting-out*. Para Lacan, na passagem ao ato não há espectador. Trata-se de um sujeito que já está morto e

que não comete erros, “o suicídio é o único ato capaz de ter êxito sem qualquer falha. Se ninguém sabe nada disso, é por partir da prevenção de nada saber” (LACAN, 1974/ 2003, p.541). Diferentemente, na atuação há um endereçamento ao Outro. Em outras palavras, existe a necessidade, por parte do sujeito, de que alguém assista a sua performance na cena.

Tendo em vista a dimensão do olhar no caso do Sr. Alberto, pode-se inferir que se tratou de uma atuação. A praticante escutou seus filhos diversas vezes e muitas foram as reações expressas, tais como raiva, decepção e piedade. Em determinado momento, a família decidiu reunir-se com ele e expressar seus sentimentos. Alguns dias depois, Alberto faleceu devido ao câncer.

O motivo da tentativa de auto-extermínio despertou a curiosidade dos profissionais e funcionários do hospital. Além disso, determinado médico registrou no prontuário do paciente a sua possível orientação sexual. Isto não teve maiores repercussões pois a papeleta foi arquivada. Contudo, muitos na instituição tiveram acesso às informações referentes à possível homossexualidade de Alberto. Embora os filhos do paciente tenham tornado a sua revelação pública, o médico, a partir do poder do seu discurso, revelou e expôs algo da ordem de um significante de identificação do sujeito. Algo este que representava o sujeito para o campo do Outro.

No entendimento de Gomes (1998), o lugar do analista é exatamente a instância na qual ele propicia o choque com o real, com o buraco, para dar espaço a uma nova simbolização. Na situação descrita, a praticante de psicanálise foi capaz de acolher a revelação de um significante mestre quando o paciente atuou, premido pela sua questão sexual. Com base nisto pode-se, inclusive, inferir que o psicanalista permite ao sujeito lidar com seus significantes oferecendo-lhe uma via alternativa para a sua atuação. Um lugar que é contingente, uma vez que se funda na falha, na exceção.

Motivo para não querer viver?

Diferentemente do lugar ocupado pelo analista, a cultura ocidental legitima o saber médico devido ao seu compromisso ético de curar e salvar vidas, sendo sustentado pela ciência que classifica e normatiza. Neste sentido, Souza (1999) aponta que a possibilidade de trabalho do psicanalista está justamente nos momentos de falha do discurso médico. Ocasão esta que é explicitada no caso a seguir.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ⁴, esteve internada uma paciente de 54 anos com o diagnóstico de politraumatismo decorrente de um atropelamento. Ela se encontrava em estado comatoso e como propedêutica foram avaliadas as funções neurológicas, circulatórias, hepáticas e renais. No entanto, após cerca de um mês de internação, foram retiradas as medicações sedativas e a paciente permanecia em coma sem uma justificativa orgânica. Houve um esgotamento dos recursos médicos e um mal-estar se instalou na equipe uma vez que a cura da medicina não pode ser efetivada.

Na busca de explicações para a continuidade do quadro, a subjetividade do sujeito passou a ser considerada. Em determinado momento, a equipe médica se perguntou: “Essa mulher teria algum motivo para não querer viver?”. Houve então uma solicitação ao serviço de psicologia que se sustenta na clínica psicanalítica. A disponibilidade da praticante possibilitou o acolhimento dos profissionais e a escuta das suas angústias. O sentimento de incapacidade da equipe permitiu a entrada da profissional *psi* no caso.

Percebeu-se que os familiares de Violeta eram muito pouco presentes nos horários de visitas e que os telefonemas para obtenção de informações a respeito do quadro clínico da mesma eram escassos. A praticante colocou para a secretária do setor a importância do contato com algum familiar. Depois de muitas tentativas frustradas de comunicação com a família da paciente, uma irmã foi ao hospital. Ela disse que não mantinha contato próximo com a parente:

- “É muito estranho... Me falaram que ela estava saindo da igreja e um ônibus a pegou, mas ela ia lá sempre! Vivia para os outros”. O caso foi discutido com a equipe médica e a paciente teve alta da UTI e do hospital ainda em estado de coma, sendo cuidada, a partir de então, pela irmã. Os médicos concluíram alta para Violeta uma vez que tinham se esgotados todos os recursos terapêuticos para o seu caso no entendimento da medicina.

Infelizmente, diferente do que foi possível com a equipe, esse sujeito não pôde ser ouvido. No entanto, ao encaminhar o caso para o serviço de psicologia e colocá-lo em discussão, a medicina abriu uma possibilidade de interlocução com o saber analítico. Tal saber é considerado por Lacan (1966/2001) como marginal uma vez que o lugar do praticante de psicanálise é extraterritorial ao contexto médico. Embora a ciência se mostre imperativa e suporte um mito de sujeito suposto saber, nessa situação houve uma receptividade da equipe

⁴ Conforme os próprios nomes dizem, existem diferenças entre os setores chamados de Unidade de Terapia Intensiva e de Centro de Terapia Intensiva. Contudo, tais diferenças não são aqui relevantes e por isso as siglas referentes a estes setores serão utilizadas indistintamente.

médica para as questões psíquicas.

Lacan aponta que a onipotência da ciência é abalada por algo que atinge o corpo e que, com frequência, não é considerado pelo positivismo médico: o gozo. Trata-se de algo fora da simbolização, situado no campo do além do prazer, que se repete devido à impossibilidade de completude da representação identificatória. Em outras palavras, a repetição é uma tentativa de representar um sujeito que é irrepresentável. Ela é o limite, aquilo que se localiza entre o sujeito e o saber. Assim, “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo”. (LACAN, 1966/2001, p. 11).

No caso de Violeta, os profissionais da UTI consideraram o gozo e se mostraram abertos para a possibilidade de uma posição subjetiva contrária à vida por parte da paciente. Percebe-se que os pressupostos lacanianos estão sendo ouvidos, o que possibilita a presença do praticante de psicanálise no hospital geral.

As marcas do gozo

Em algumas circunstâncias, o gozo se coloca como um entrave aos protocolos médicos e desperta um certo mal-estar nos representantes da medicina. Dessa maneira, não há como descartar algo que propicia impasses no espaço hospitalar e desafia o conhecimento científico.

Daniela foi uma paciente em que as marcas do gozo em seu corpo puderam ser vistas com clareza. Era divorciada, tinha 42 anos, uma filha e uma neta. Não trabalhava, vivia à custa do ex-marido que lhe dava uma considerável pensão a cada mês. A primeira internação aconteceu devido a uma cirurgia de redução de estômago. Foi uma mãe jovem e após uma gravidez precoce tornara-se obesa. Segundo ela, não passou por nenhum tipo de atendimento psicológico ou psicanalítico anterior ao procedimento cirúrgico que ocorreu há cerca de cinco anos atrás.

A primeira solicitação de acompanhamento pela clínica de psicologia aconteceu já na primeira internação. O motivo foi a dificuldade da paciente em lidar com o corte decorrente da cirurgia no seu abdômen. Ela se queixava bastante de dores, das secreções no local dos pontos e mesmo da cicatriz. Ela já tinha se submetido a cirurgias de lipoaspiração e colocado próteses nos seios. Em síntese, havia uma excessiva preocupação da paciente com sua

aparência física.

Neste período, o contato de Daniela com a clínica *psi* foi breve na medida em que ficou hospitalizada por apenas três dias. No entanto, em pouco tempo esta paciente passou a ser conhecida de todos os profissionais de saúde da instituição. Suas internações passaram a ser recorrentes, a princípio por questões relacionadas à sua alimentação. Ela desenvolveu anorexia e, conseqüentemente, foi constatada desnutrição grave. Em outra ocasião, ingeriu alimentos sem mastigação adequada e foi preciso intervenção médica para desobstruir o canal digestivo.

Devido à falta de adaptabilidade da paciente à cirurgia bariátrica, depois de alguns anos os médicos começaram a pensar em reverter o procedimento cirúrgico. Foram várias as discussões do caso entre a equipe médica e os profissionais *psi* até que se chegasse à decisão pela reversão. Nestas circunstâncias, Daniela estava sendo atendida pela psiquiatria e pela praticante de psicanálise do hospital em atendimento de urgência subjetiva. Nos períodos em que não estava internada, era atendida no consultório psicanalítico da praticante apesar da pouca implicação da paciente nas suas questões e de suas ausências freqüentes.

A cirurgia de reversão da gastroplastia foi extremamente complexa. Ocorreram intercorrências durante o procedimento que levaram a paciente para a UTI. Ela permaneceu em coma induzido durante certo período, tendo pneumonia e correndo risco de vida. A fase de recuperação foi longa e a paciente teve que se alimentar via gastrostomia. Foram inúmeras as tentativas dos médicos de resolver o “problema” sem maiores sofrimentos para a paciente e para eles próprios. Freqüentemente, diziam à praticante sobre a angústia diante das queixas de Daniela e dificuldades perante as suas reclamações.

A reversão da cirurgia de estômago não pôs fim à sua presença na instituição e ao mal-estar que ela causava aos profissionais de saúde. O desejo do analista foi testado em diversos momentos. Contudo, Daniela continua sendo atendida por um membro da clínica *psi* e sendo internada por um motivo ou outro. Além disso, ela está sendo acompanhada pela psiquiatria por suspeita de psicose.

O corpo desta paciente é marcado pelas cicatrizes cirúrgicas e pelo gozo. Ela constantemente aponta as falhas do saber médico provocando uma tensão que chega ao status de proeza. Os envolvidos no caso não compreendem como alguém suporta tanta dor. Ela se coloca como um desafio à ciência que desconsidera a subjetividade do paciente. O médico cirurgião tido como responsável pelo seu quadro clínico mostra-se angustiado e parece ter desistido de curá-la. Como nos lembra Lacan no seu artigo “O lugar da psicanálise na medicina”:

Na era científica, o médico encontra-se em uma dupla posição: por um lado ele lida com um investimento energético do qual não suspeita o poder se não lhe explicamos, por outro lado ele deve colocar este investimento entre parênteses em razão mesma dos poderes dos quais dispõe, daqueles que ele deve distribuir, no plano científico em que está situado. (LACAN, 1966/2001, p. 14).

Freqüentemente, não é fácil para o médico sustentar esta dupla posição em que se encontra. Pacientes e familiares, através do fenômeno da transferência, depositam grandes expectativas no representante do saber científico. Contudo, apesar do poder da ciência e das constantes promessas de cura, esse saber apresenta falhas, inevitavelmente. Assim, não é rara, a solicitação de ajuda dos profissionais *psi* quando o limite é percebido.

Mais uma fatalidade...

O praticante de psicanálise é solicitado em situações de conflito quando algo da ordem do inesperado acontece. Certa vez, antes do horário de visitas da UTI, uma praticante foi chamada pela médica plantonista devido a uma intercorrência em um procedimento cirúrgico.

Dra. Cláudia disse à profissional *psi* que a paciente Virgínia de 65 anos teve que fazer uma traqueostomia pela manhã, um procedimento que é feito regularmente no setor. Trata-se de uma cirurgia com o intuito de tratamento das vias respiratórias da paciente. No entanto, uma fatalidade ocorreu durante o processo. Explicou à praticante o que aconteceu em termos médicos, o que não cabe aqui descrever. O fato é que Virgínia estava com a face deformada. Seu rosto estava irreconhecível, extremamente inchado e vermelho; algo realmente assustador.

Assim, a médica estava preocupada com a reação da família ao ver a parente. Queria a “ajuda” da praticante quando ela dissesse aos familiares que a saúde da paciente não tinha sido prejudicada apesar da sua aparência. Além disso, devido à intercorrência, ela teria que voltar ao bloco cirúrgico para novo procedimento. A praticante concordou em acompanhá-la durante a notícia.

A conversa durou poucos minutos; a médica estava visivelmente tocada pela situação. A família ficou muito ansiosa e logo foram ver a paciente. Pouco se importaram com a presença da praticante apesar de já lhe conhecerem. A reação foi como a plantonista temia: muito grito, choros, quase desmaiaram. A praticante presenciou a cena e após as primeiras

reações ofereceu a sua escuta. Disseram sobre o susto, sobre o medo e lhe pediram explicações sobre o quadro clínico da paciente. A praticante foi à médica e disse sobre a demanda da família. Muito desconfortável, Dra. Cláudia foi conversar com os familiares. Aparentemente otimista, explicou objetivamente o ocorrido e garantiu: tudo ficará bem.

Algumas horas depois, o médico cirurgião foi até a UTI falar com a intensivista. Logo em seguida, a médica procurava a praticante desolada: a paciente foi à óbito, mais uma fatalidade. Ela procurou conter o choro e, mais uma vez, pediu à praticante que a acompanhasse. Sem palavras, ela pouco tentou explicar o inexplicável. A família reagiu de forma muito agressiva; um caos se instalou. Vários familiares chegaram, exigiram explicações e a médica solicitou que o cirurgião conversasse com eles. Ela foi cuidar de outros doentes. Ameaçaram processar o hospital e os médicos, mas nada servia de consolo. Depois de muitas frustrações e angústia, foram embora com a sua dor.

A médica retomou suas atividades como que para esquecer o acontecido. A praticante escutou a família de Virgínia, em uma tentativa incansável de dar significação ao óbito. A equipe de enfermagem se encontrava assustada e com dificuldade para fazer as outras tarefas. O auxiliar responsável pela paciente naquele plantão pediu dispensa e foi para casa. Justificou não estar em condições psíquicas para continuar seu trabalho. Segundo Coura (1996):

(...) as situações médicas hospitalares contêm elementos psíquicos de todos os componentes da dita situação: do paciente e dos profissionais que o assistem, podendo predominar fatores inconscientes de um ou de outro lado da relação que entre eles sempre se estabelece. (COURA, 1996, p.47).

Todos sentiram muito o falecimento da paciente, cada um na sua particularidade. A médica plantonista, por exemplo, mostrou-se complacente com o colega cirurgião através de um gesto que dizia: “não fique assim, eu sei como é”. A classe médica também é composta de indivíduos e, sendo assim, algo para além da racionalidade pode acontecer. Uma interrogação surgiu no cenário da UTI e permaneceu sem resposta. Apesar das diretrizes a serem seguidas, a fatalidade foi inevitável. À praticante restou apenas a escuta e o acolhimento da equipe e dos familiares.

A morte em vida

Casos raros, exceções ou fatores inesperados não são incluídos em protocolos. Quando algo desta natureza ocorre, dificilmente os profissionais de saúde sabem como proceder. Inegavelmente, um conjunto de regras facilita a tomada de decisões e agiliza os procedimentos em um ambiente de alta complexidade. Contudo, trata-se de um desafio a lida com a ausência de normas em determinadas situações como a descrita a seguir.

Gustavo era um empresário de sucesso que fazia muitas viagens para o exterior. Era verão e o paciente tinha passado as férias na fazenda com sua família. Chegando a Belo Horizonte, começou a sentir-se mal. Apresentava muitas dores de cabeça, tonteira e assim procurou o pronto atendimento do hospital. Ele foi medicado e retornou à sua casa.

Os mal-estares continuaram e ele buscou novamente ajuda. Desta vez, foram feitos vários exames até que houve a justificativa para uma intervenção cirúrgica neurológica. O diagnóstico de Gustavo foi o de uma infecção bacteriana, provavelmente adquirida na água através de uma ferida cutânea e que se alojou no cérebro. Receosa das conseqüências deste procedimento cirúrgico, a equipe médica solicitou à clínica de psicologia que atendesse a esposa do paciente.

Vera era uma mulher de 54 anos, dona de casa e com duas filhas. No início da intervenção, ela se mostrava otimista e parecia não se preocupar muito com o que estava acontecendo. Contudo, com o decorrer do tempo, seu semblante começou a mudar. A previsão da cirurgia era de seis horas e já passavam de dez. A esposa do paciente permanecia na porta do bloco cirúrgico ansiosa por notícias, assim como as filhas e os irmãos de Gustavo.

Durante parte deste período, a praticante esteve com Vera que não via muito sentido na sua presença. Ela era educada e contava a história de uma família feliz, sempre com muito orgulho de todos. A cirurgia terminou e Gustavo precisou de cuidados intensivos. Permaneceu na UTI com ajuda respiratória e fortes medicamentos. A princípio, seu coma foi induzido.

Como Gustavo era saudável, a família permanecia confiante na sua recuperação. As medicações foram sendo retiradas aos poucos e ele passou a respirar sozinho. Todavia, ele não acordava. Em determinado momento, não havia mais justificativa para continuar na unidade e assim ele teve alta para o apartamento. Muito contrariada, a família começou a questionar o saber médico.

Eles acreditavam que Gustavo só sairia da UTI quando estivesse bem, o que incluía falar, andar e se comunicar coerentemente com os outros. A revolta foi a marca desta família. Não aceitavam os limites da medicina e questionavam as capacidades dos médicos envolvidos com o caso. A indignação da família foi aumentando na medida em que não havia evolução no quadro clínico do paciente. Várias foram as possibilidades pensadas: os mais novos

medicamentos, outras cirurgias e transferência de hospital, inclusive para o exterior. Mas Gustavo permaneceu hospitalizado por meses, sem nenhuma modificação no quadro, em estado vegetativo.

A praticante continuou os atendimentos à família, principalmente à Vera. A frase mais repetida por ela era: “Eu preferia que ele morresse”. Ela logo percebeu que Gustavo permaneceria neste estado por muitos anos. Dizia que “isso”, referindo-se ao corpo no leito, não era o marido dela e que jamais aceitaria essa realidade. O quadro do paciente e a angústia dessa esposa causaram um grande desconforto na equipe.

Após alguns anos, vez ou outra chegam notícias de Gustavo aos profissionais de saúde do hospital. Notícias estas que não trazem novidades. Ele continua em estado vegetativo e a sua esposa, sem vida como ele. Todo o corpo clínico foi ameaçado e ofendido pelos familiares. A crescente tecnicidade e esforço de racionalização da medicina aumentam o investimento mágico nos médicos. Deles se espera mais do que podem dar, inclusive uma proteção cada vez mais ampla contra os riscos da vida. (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982). No caso de Gustavo, a ciência não respondeu às expectativas da família e a sua falha não foi perdoada. A praticante de psicanálise ofereceu sua escuta à Vera durante o período de internação do paciente e continuou acolhendo os profissionais de saúde por um longo tempo após a alta hospitalar de Gustavo.

A disponibilidade do praticante de psicanálise

A condução do tratamento no hospital é baseada em estudos clínicos, experimentos laboratoriais e procedimentos cirúrgicos. Ela é estabelecida de acordo com a patologia observada. Contudo, em determinadas situações, os pacientes apresentam posições subjetivas que interferem na evolução prevista pelo saber científico.

A ansiedade de Mércia foi motivo para solicitação de atendimento psicológico por parte da equipe médica. Ela estava sempre reclamando de dores, chamava os técnicos de enfermagem a todo instante e ligava para os médicos com muita frequência. Eles diziam que não havia justificativa para as suas queixas e que ela já deveria ter tido alta hospitalar. Mércia era uma mulher de 45 anos, separada, com dois filhos, jovens adultos. A sua internação era devida a uma cirurgia de hérnia de coluna. Uma irmã estava sempre presente e também se mostrava bastante agitada.

A praticante apresentou-se para elas que lhe receberam com muita educação. Entretanto, traziam poucas questões. Diziam muito sobre as dificuldades financeiras, sobre os entraves com os convênios e demandavam ajuda dos médicos para estes problemas. As queixas eram inúmeras, falavam alto e não se escutavam.

Tendo em vista a relação estabelecida entre as irmãs, optou por atendê-las individualmente. Mércia fazia uso de medicamentos psiquiátricos sem acompanhamento médico. Acerca de dez anos tomava fluoxetina e rivotril, na quantidade e frequência que julgasse necessário. A praticante sugeriu que recebesse a avaliação da psiquiatra da equipe a fim de ajustar a sua medicação. Ela aceitou a proposta.

No entanto, ao discutir o caso com sua colega, percebeu-se uma repetição. Apesar da receptividade de Mércia, a médica não acreditava que ela seguiria o tratamento. A conduta da praticante foi a de, depois de várias “visitas” à paciente sem que ela se implicasse no atendimento, perguntar se gostaria que ela retornasse. Respondeu que estava bem e que agradecia a sua atenção. A praticante entendeu a resposta como uma negativa e colocou-se à disposição.

Anotou no prontuário médico o encerramento do acompanhamento de acordo com a escolha da paciente. A equipe questionou seu posicionamento uma vez que Mércia continuava a incomodar. Ela sustentou a sua decisão e explicou os motivos pelos quais finalizou o processo. Diferentemente, Lúcia (a irmã) lhe procurava com os olhos pelos corredores do hospital e, com isso, percebeu uma demanda.

A princípio, sua fala girou em torno de Mércia, sua irmã, e de suas preocupações com ela. Aos poucos, trouxe a sua história e as suas angústias. Enquanto a paciente esteve hospitalizada, a praticante escutou Lúcia. A partir desta escuta, ela passou a ter uma postura diferente perante a irmã. Colocava sua opinião mas, não discutia o assunto por longos períodos. Conseqüentemente, as brigas entre elas diminuíram e o comportamento poliqueixoso de Mércia foi se extinguindo aos poucos.

Quando perto da alta hospitalar de Mércia, a praticante propôs à Lúcia que procurasse um psicanalista da sua escolha, externo à instituição. Ela pediu seu contato mas não ligou. Também não se tem notícias de que tenha procurado um outro profissional. Mércia foi vista pela praticante outras vezes no hospital para atendimento ambulatorial e ela lhe cumprimentou, mais uma vez, educadamente.

A subjetividade presente na relação das irmãs não foi considerada pelo saber científico, preocupado apenas com o incômodo gerado nos profissionais de saúde pela atitude da paciente. A psicanálise e a medicina trabalham com diferentes campos do saber, ou seja, a

primeira enfoca a palavra e a escuta do sujeito. Já a segunda tem como instrumento o olhar e, como objeto, o biológico. Para a medicina, o homem se resume à sua doença, e o médico à instituição médica. É neste sentido que Souza (1999) afirma que a psicanálise só é possível no hospital quando a ciência não responde: “Ali onde o discurso médico fracassa, abrem-se outras possibilidades, não para sustentá-lo mas para que surjam novas contingências, novos fluxos, novas construções...”. (SOUZA, 1999, p. 38).

A transferência da paciente com a praticante não foi estabelecida no caso acima. Contudo, algo da ordem do suposto saber foi instaurado entre a irmã da Mércia e a profissional *psi*. A escuta psicanalítica propiciou uma mudança de posição subjetiva da família. Mudança esta que, neste caso, atendeu à demanda da equipe.

A negativa de uma demanda

Freqüentemente, os profissionais de saúde não sabem qual é a função de um praticante de psicanálise na instituição hospitalar. Apesar da proposta desta dissertação não ser tal questão, é importante frisar que, em algumas situações, as intervenções da praticante podem não corroborar com as propostas da instituição e do saber médico. E, nestes casos, um mal-estar pode se instalar.

Um impasse se estabeleceu no posto de enfermagem entre a praticante e a médica residente de neurologia. Ela perguntou rispidamente se a praticante era a psicóloga do hospital e se já havia atendido o Sr. Marcos. A praticante respondeu que não tinha ido vê-lo, pois as secretárias tinham lhe informado da solicitação há pouco tempo. Perguntou, cautelosa, o que estava acontecendo. A médica era novata na instituição, portanto não a conhecia.

Muito grosseiramente, a médica disse que era função da praticante dizer ao paciente que suas duas pernas haviam sido amputadas. Percebendo as implicações da irritação sem sentido da médica, com um certo tato, a praticante sondou-a sobre a história da doença e sobre o quadro clínico do Sr. Marcos. Ela mostrou-se bastante ansiosa e pouco respondeu à pergunta. Disse apenas que ele já tinha a saúde bastante debilitada e que, para salvar sua vida, tinha sido necessário amputar as suas pernas. O paciente também passou a apresentar confusão e cegueira nos dois olhos decorrente de um acidente vascular cerebral durante o procedimento cirúrgico. De forma um tanto confusa, a médica falava insistentemente que ele tinha direito de saber que chegara mesmo a ter as pernas amputadas.

Ainda na tentativa de compreender a situação, a praticante perguntou sobre o nível de consciência do paciente, se ele havia tido seqüelas neurológicas. A médica foi enfática ao dizer que não e continuou insistindo na sua questão. Mesmo sem conhecer o Sr. Marcos, a praticante disse à médica que não cabia a ela explicar ao paciente, em termos médicos, o que havia ocorrido. Ainda mais agressiva, a neurologista questionou: “O que você faz aqui então?”. A praticante respondeu que elas poderiam trabalhar de forma conjunta, cada uma com o seu saber e que assim seria melhor para o paciente. Além disso, sugeriu que, após vê-lo, voltassem a conversar sobre o caso. Contrariada, a médica saiu para atender ao telefone celular.

Ao entrar no quarto a praticante encontrou o Sr. Marcos agitado, gritando muito, colocando as mãos no toco e não verbalizando de forma coerente. Sua filha estava bastante insegura e chamava a equipe de enfermagem para contê-lo a todo instante. Pedia para amarrar as suas mãos na cama para que ele não se machucasse. O paciente havia saído da UTI cardiovascular naquele dia. Depois de certo tempo, o paciente se “cansou” e a praticante começou a escutar sua filha Glória.

Eram muitos irmãos, todos tinham muito carinho pelo pai e moravam no interior. A praticante abordou a questão da amputação e, como que para ele não ouvir, sua filha disse que tinha muito medo da sua reação. Dessa forma, não queria que abordassem este assunto com seu pai. Ela acreditava que na sua cidade ele teria o apoio da família e assim seria mais adequado para tratar do problema. Glória estava com raiva de uma médica que havia dito diretamente ao paciente que ele nunca mais andaria.

Após finalizar o atendimento, a praticante voltou ao posto de enfermagem. A residente não estava lá. A profissional *psi* procurou os médicos responsáveis pelo caso os quais já conhecia. Percebeu divergências de opiniões entre eles sobre o quadro neurológico do paciente. Assim, sugeriu que observassem sua evolução clínica para repensarem a questão. Os dias se passaram e o Sr. Marcos continuou apresentando confusão mental.

Os médicos receitaram alguns medicamentos para diminuir a agitação do paciente. De fato, ele mostrou-se mais calmo e sua filha também. Com o decorrer da internação, a equipe médica concluiu que o paciente havia sofrido seqüelas neurológicas, possivelmente irreversíveis. A praticante continuou os atendimentos a Glória. Aos poucos, ela foi percebendo a gravidade das lesões cerebrais do pai e começou a pensar como seria a vida deles a partir daquele momento. Falou muito sobre como o Sr. Marcos era vaidoso, inteligente e amoroso com os filhos. Disse sobre sua preocupação com a sua mãe que havia se recusado a visitar o marido naquelas condições.

O Sr. Marcos esteve hospitalizado por cerca de três meses. Teve alta com poucas modificações no seu quadro geral. Conversando com os médicos a praticante percebeu que a alta hospitalar poderia ter ocorrido anteriormente. Contudo, também observou que eles estavam angustiados com a situação. Eles também pareciam precisar de determinado tempo para liberá-lo. A filha solicitava prorrogação da alta para se organizar e recebê-lo em sua casa. Neste período, a praticante continuou escutando Glória. Pelo prontuário médico verificou que a médica residente havia finalizado seus atendimentos ao Sr. Marcos. É interessante assinalar que nunca mais foi vista no hospital. Não se sabe se ela mudou de residência ou o que aconteceu. De fato, algo tocou a jovem neurologista e isto a levou a se afastar do caso.

É possível inferir que a angústia pode se colocar para o paciente, para a família, para a equipe médica e, inclusive, para o praticante de psicanálise. Ao último, cabe discernir quais as demandas às quais ele é convidado a atender e se deve ou não fazê-lo. Na circunstância descrita, o posicionamento da profissional *psi* gerou um grande incômodo na médica residente. Foi preciso sustentar uma postura que contrariou a representante do saber científico. Em momentos difíceis como este, a análise pessoal, os estudos teóricos e as supervisões dos casos são de suma importância.

Um convite à fala

A tecnologia e o conhecimento científico não possuem todas as respostas para as interrogações que surgem no hospital geral. Indiscutivelmente, o saber da ciência tem o seu valor e não pode ser negado. Entretanto, ele não é capaz de suprir todas as demandas dos indivíduos. O hiato, isto é, o vazio, também se encontra neste ambiente de alta complexidade. Segundo Moura, Mohallem e Faria (1994), é justamente na posição de testemunho da falta que se encontra a possibilidade do trabalho do analista.

Neste sentido, as autoras (1994) afirmam que cabe ao psicanalista fazer o deslizamento necessário do cálculo da clínica também na instituição hospitalar. Para elas, o praticante de psicanálise vai “à medida que 'escuta' e 'pontua' a fala do paciente, bordejar o nada da desarmonia, tornando o vazio possível, para que se possa, através dessa moldura, ter acesso a mais recursos para lidar com a angústia difusa, advinda do Real”. (MOURA; MOHALLEM; FARIA, 1994, p.152). Em outras palavras, o objetivo do praticante de psicanálise é que o sujeito fale, apostando que ele tem sempre algo a ser dito.

Todavia, é preciso tolerância na escuta do sujeito. Raramente no hospital há uma busca pelo analista por parte do paciente ou de seus familiares. D. Vilma, por exemplo, entendia os atendimentos como “visitas”. Gostava de falar sobre sua casa de campo, suas plantas e seus bordados. Quando algo remetia à possibilidade de perda do marido, ela mudava de assunto. Em determinado momento, a praticante perguntou à senhora se queria que ela continuasse indo ao seu apartamento e a resposta foi positiva. Assim, a praticante fez uma aposta: continuou “visitando” a senhora.

D. Vilma era casada com Sr. Antônio há 35 anos e tinham um filho que morava no exterior. Seu marido encontrava-se gravemente enfermo devido a um câncer que se espalhara pelo seu corpo. A solicitação de atendimento psicológico para a família veio por parte da equipe média. Todos estavam preocupados com a sua reação diante de um possível óbito do paciente. Além disso, ela não permitia que a enfermagem fizesse o seu trabalho, somente ela cuidava dele.

A doença no intestino do Sr. Antônio foi descoberta em 2002 e, desde então, D. Vilma passou a ser a enfermeira do marido. Nas suas palavras: “É o meu trabalho. Ele precisa de mim e vai ficar bom”. Ela se mostrava aparentemente otimista quanto à recuperação do paciente mesmo após várias conversas com os médicos. Eles tentavam alertá-la em termos técnicos sobre a grande possibilidade de falecimento e, angustiados, sentiam que ela não lhes escutava.

Durante os quase dois meses de internação, a praticante escutou a frustração da equipe médica e a fala, a princípio, “vazia” de D. Vilma. No decorrer das “visitas”, algo referente à transferência foi se estabelecendo. Ela passou a falar sobre a história do seu casamento, sobre a saudade do filho e da importância que sentia em ser útil para alguém. Ela nunca tinha trabalhado fora de casa e cuidar do esposo passou a ocupar o lugar de uma profissão. A senhora foi se dando conta do que representava a doença do marido para ela e o que perderia a partir de sua ausência.

O Sr. Antônio foi à óbito em uma manhã de domingo. D. Vilma chorou, telefonou para alguns parentes e disse à praticante como que contando um segredo: “Vou ser voluntária no lar de idosos perto da minha casa”. A partir de um convite à fala e da disponibilidade da praticante a mulher lidou de melhor maneira com a perda do marido e vislumbrou outras possibilidades após o falecimento do ente querido.

A equipe médica se surpreendeu com a reação relativamente tranqüila da senhora. Após o pedido de interconsulta para a psicologia, não se falou mais com os médicos sobre o assunto apesar das tentativas da praticante de abordar a questão. Parece que ao fazer o

encaminhamento eles se sentiram isentos da responsabilidade pelo subjetivo e puderam continuar prezando pelo bom funcionamento da instituição.

Uma psicose sem diagnóstico conhecido

A prioridade pelos procedimentos técnicos, pelas normas e pelas regras pode ser vista em todo o hospital geral. No Centro de Tratamento Intensivo (CTI), local de tomada de decisões e ações rápidas e efetivas para a salvação da vida em tempo limitado, tal primazia é ainda maior. A questão máxima do ser humano é a sua própria finitude e, assim, “estar diante da morte é insuportável. O CTI, com as características de isolamento que lhe são próprias, favorece esse espaço escondido, tentando esconder e isolar também a morte. Só que isso é impossível”. (MOURA; MOHALLEM; FARIA, 1994, p.155).

Sendo a manutenção da vida o foco de trabalho dos profissionais da saúde, uma questão se instala quando a equipe recebe um paciente com tentativa de auto-extermínio. Roberto tinha 57 anos. Era casado e estava aposentado da diretoria de uma grande forma comercial. Ela havia dado um tiro no próprio abdômen com uma arma de fogo. De acordo com Mohallem (2003): “A angústia, sinal frente a um perigo, aciona mecanismos de defesa em funcionamento, proporcionando a formação de sintomas. Se não se produz sinal, o eu perde a barreira protetora frente aos estímulos, precipitando o aparecimento da angústia em ato”. (MOHALLEM, 2003, p. 27).

O ato de Roberto contra a vida gerou incômodo e preocupação nos médicos intensivistas. Além disso, ele apresentava manifestações psicopatológicas como idéias persecutórias, delírios, megalomania e alucinações visuais. Apesar da clínica de psicologia já possuir um trabalho de rotina no CTI, houve uma solicitação de avaliação psicológica por parte do plantonista, tendo em vista o quadro psíquico do paciente.

Roberto relatava dois planos muito bem definidos. Um deles era assassinar uma alta autoridade e o outro era jogar três caças em alvos determinados em Brasília. Após esta primeira escuta, o paciente foi sedado por motivos médicos. A passagem ao ato de Roberto tocou sobremaneira os profissionais de saúde que foram acolhidos pela praticante de psicanálise. Além disso, os protocolos médicos não incluem as tentativas de suicídio, pois não há normas e regras para estes casos. Assim, justifica-se a solicitação ao serviço de psicologia que trabalha com um campo que, com frequência, é desconhecido ao saber médico: o saber do

inconsciente.

A fim de compreender melhor o quadro psíquico do paciente, a família de Roberto também foi ouvida. Extremamente ansiosas e angustiadas, a esposa e a filha do ex-diretor não esperavam vivenciar tal situação. Elas relataram que ele tinha períodos de “comportamentos estranhos”, mas acreditavam que isto era devido às preocupações, às verdadeiras “guerras” comerciais enfrentadas ao longo de sua vida.

Roberto teve alta do CTI relativamente rápido. A praticante julgou necessária a entrada da psiquiatria no caso. Após alguns atendimentos, constatou-se que o paciente e sua esposa faziam tratamento psicoterápico de casal. Também se verificou que, após a retirada da medicação sedativa, as manifestações psicopatológicas do paciente continuaram. Dessa maneira, pôde-se concluir que se tratava de uma psicose sem diagnóstico conhecido, consequentemente sem tratamento e em uso descontrolado de ansiolítico.

O paciente teve alta hospitalar sem seqüelas físicas. Ele continuou sendo acompanhado pela psiquiatria e por um praticante de psicanálise. Sua esposa e sua filha também procuraram um profissional para tratar suas questões. Para Mohallem (2003), nos momentos de crise vivenciados por pacientes e familiares no hospital geral, o que acontece é da ordem do imprevisível. Segundo a autora, é neste instante de tensão que existe a possibilidade de trabalho do psicanalista. Ela entende a instituição hospitalar como um espaço de criação no qual se torna possível a produção do novo.

A outra

Em algumas circunstâncias, o psicólogo hospitalar é convidado a assumir determinados posicionamentos a partir de um suposto saber nele depositado. Não é raro os profissionais de saúde se verem em situações de conflito e não sabendo o que fazer, ou incapazes de se colocar, recorrerem ao praticante de psicanálise. Certas divergências entre os familiares, por exemplo, interferem no funcionamento da instituição e a ausência de alguém que tome decisões explicita um estranhamento nas relações. A presença do Sr. José Maria na UTI ilustra esta questão.

O paciente tinha 74 anos e sofria de problemas respiratórios. Seu quadro clínico era grave e, assim, não respondia aos comandos. Ele era casado e tinha nove filhos. A esposa fazia visitas diárias e se emocionava ao vê-lo. Alguns dias após a internação, uma outra

senhora um pouco mais jovem chegou ao hospital afirmando ser a amante do paciente. Um caos se instalou.

As duas senhoras se encontraram no *hall* e uma grande discussão aconteceu. Os seguranças, o serviço de atendimento ao cliente, as recepcionistas e todos os presentes ficaram paralisados diante da cena. Elas trocaram ofensas e ambas se diziam no direito de ver Sr. José Maria. Severina era a esposa legítima. Entretanto, Carmen argumentava se relacionar com o paciente há mais de 30 anos e ter, inclusive, três filhos com ele. Foi preciso que Severina fosse ao Pronto Socorro para ser medicada, pois era hipertensa e diabética. Neste dia, a ordem foi alterada e nenhuma delas visitou o paciente.

A profissional com escuta psicanalítica foi chamada pelo médico plantonista para responder a seguinte pergunta: “Para qual das duas mulheres eu dou a notícia sobre o quadro clínico do paciente?”. As secretárias e a enfermagem estavam sendo pressionadas por Severina para impedir a entrada da rival no setor. Conseqüentemente, outra questão foi colocada para a profissional *psi*: “Quem deve entrar?”. A resposta dada à equipe foi: não cabe ao setor de psicologia tomar esta decisão. A conduta da praticante de psicanálise foi escutar as duas senhoras, cada uma com as suas angústias, individualmente, de forma que elas mesmas encontrassem uma via alternativa para o impasse. Embora, inevitavelmente, cada funcionário se posicionou de acordo com suas próprias identificações e defesas, à equipe foi proposto um trabalho no sentido de facilitar que elas mesmas resolvessem o assunto.

Infelizmente, o Sr. José Maria não estava em condições de se expressar. Depois de muita polêmica, as mulheres optaram por cada uma visitá-lo a seu turno, fazendo um acordo para não se encontrarem pessoalmente. Severina viria pela manhã e Carmen à noite. O horário da tarde seria dedicado aos filhos. O paciente permaneceu por algumas semanas na UTI e, neste período, muitas confidências foram reveladas.

O encontro da esposa e da amante exemplifica, com clareza, os comentários de Moura, Mohallem e Faria (1994) sobre as reações dos familiares diante do risco eminente de morte. Segundo as autoras, aparecem, em conjunto com a possibilidade de perda do ente querido, situações suspensas e segredos de família. Carmen não era desconhecida de Severina e de alguns dos filhos. Muitos enigmas permaneciam entre elas e a internação do Sr. José Maria propiciou a emergência de sentimentos que pareciam adormecidos.

Situações como esta despertam curiosidades e dúvidas na equipe. As questões singulares dos sujeitos muitas vezes não condizem com o reducionismo da medicina ou com o bom funcionamento da instituição. Assim, diante de impasses relativos à subjetividade, o praticante de psicanálise é convidado a assumir um lugar de liderança. Lugar este que, com

freqüência, está disponível na instituição hospitalar. Nesse caso, o praticante optou por uma conduta de não diretividade e sim de escuta das duas mulheres do paciente.

O medo de ser seca

A solicitação para a entrada do praticante de psicanálise no caso pode ser uma forma de não implicação do solicitante nas questões subjetivas. Assim, é preciso que este reflita sobre cada oferta de atendimento. Trata-se de uma maneira de se isentar daquilo que não está nos protocolos e seguir as diretrizes da instituição. Em outras palavras, delegar a responsabilidade do que é singular para o profissional *psi* pode ser uma saída confortável quando algo que é da ordem da subjetividade aparece e não pode ser descartado. Como nos lembra Carvalho (2008):

Sabe-se que a ciência produz um saber cada vez mais eficiente sobre o corpo e sobre as doenças orgânicas. Mas, para bem funcionar, pauta-se na precisão e visa ao universal, sendo necessário manter fora de seu campo aquilo que é da ordem da subjetividade, da singularidade. (CARVALHO, 2008, p. 45).

Pacientes poliqueixosos, incontestavelmente trazem incômodos à equipe médica. Eles reclamam do atendimento, dos horários de visitas, da comida e reivindicam a presença de familiares. Catarina era uma mulher de 32 anos que se queixava muito de dores abdominais. Ela havia sido internada para fazer uma cirurgia de retirada de cistos nos ovários.

Após a clínica da dor ter entrado no caso sem sucesso, os profissionais *psi* foram acionados. Ela já havia feito uso de vários analgésicos e queixava a persistência das dores. Escutando a paciente, foi percebida uma relação complexa com o marido e um sentimento de fracasso por não ter dado a ele um filho. Segundo Catarina, ele era 24 anos mais velho que ela e o desejo por uma criança havia sido o grande motivo para o casamento. No imaginário da paciente, seus ovários seriam retirados durante o procedimento. Dessa maneira, a realização da cirurgia colocaria fim na sua possibilidade de ser mãe e, conseqüentemente, seria o término da sua relação conjugal.

Tendo em vista os medos de Catarina, a praticante procurou se informar melhor sobre o seu quadro clínico. Apesar da dificuldade para encontrar o ginecologista responsável pelo caso, conseguiu o seu contato. Ele atendeu-lhe durante um outro procedimento cirúrgico e

disse que seria possível que Catarina engravidasse após a intervenção se fizesse o tratamento adequado. Ao questionar os motivos pelos quais não havia fornecido a ela esta informação, ele argumentou: “A gente está sempre com pressa né, você sabe como é...”. A conversa foi rápida, mas suficiente para que a praticante dissesse a ele sobre as inseguranças da paciente decorrentes da falta de esclarecimentos médicos. Fato este que não seria necessário se ele tivesse ouvido um pouco mais a doente.

No atendimento a Catarina, a praticante não lhe disse sobre o telefonema. No entanto, questionou sua postura. Entre falas como “Não tem jeito mais, eu sou seca...”, entrevistou: “Você já perguntou sobre isso para o seu médico?” Ela tossiu, ajeitou o corpo na cama e parou de gemer por causa das dores. A praticante saiu do quarto e retornou dois dias depois. O objetivo da intervenção foi fazer com que a paciente se implicasse no seu próprio mal-estar. Encontrava-se menos queixosa e, depois de ter conversado com uma ginecologista amiga da sua tia, disse a praticante: “Acho que ainda tenho um caldinho...”. Clinicamente em condições de alta, ela foi para casa.

De modo algum as questões da paciente se encerraram com a informação fornecida pela ginecologista que lhe acolheu. De fato, existiam pontos importantes a serem abordados em análise. Entretanto, seu sofrimento poderia ter sido minimizado se a subjetividade da paciente tivesse sido considerada.

Percebe-se que as atenções particulares são deixadas de lado em nome do tempo, dos procedimentos, dos telefonemas, das prescrições entre outros. Assim, ao solicitar o atendimento psicológico, em algumas situações, a equipe médica se isenta de se haver com a questão. Cabe ao praticante de psicanálise estar atento a essa possibilidade a fim de evitar esta postura dos profissionais de saúde.

Diálogo de surdos

Sendo a racionalidade e o positivismo científicos indiscutivelmente preponderantes na UTI, uma questão se instala quando algo desconhecido ao saber médico escapa ao olhar da medicina.

Certa vez, o plantonista solicitou ao praticante que atendesse a família da Sra. Judite. A paciente já era idosa e estava internada por causa de uma infecção generalizada. Entubada e sedada, não se comunicava com as pessoas. Devido à grande quantidade de líquido recebida,

apresentava-se bastante inchada. Suas irmãs estavam assustadas e não se contentavam com as explicações médicas.

Dessa forma, o pedido de atendimento foi feito por causa dos questionamentos dos familiares. Elas perguntavam sobre a alimentação, urina, fezes, febre e tudo o que pudesse suscitar dúvidas. A recuperação de D.Judite, caso ocorresse, seria lenta. Dessa maneira, raramente havia mudanças significativas no seu quadro clínico de um dia para o outro. Este fato propiciava muita angústia na família que ansiava por novidades. Além disso, havia um certa agressividade na fala das irmãs que incomodava bastante os intensivistas. Segundo uma praticante de psicanálise do Hospital Mater Dei: “a culpa está sempre referida ao Outro que falha em sua oferta de tratamento” (CARVALHO, 2008, p.48).

Os médicos não se sentiam compreendidos pelas senhoras e nem elas por eles. Tratava-se de um diálogo de surdos. Havia, de fato, uma estranheza nestas relações. Na visão delas, eles não correspondiam às suas expectativas de cura e, portanto, eram incompetentes. Do ponto de vista deles, as irmãs não reconheciam o empenho e os esforços no tratamento de D. Judite. Neste contexto, a equipe médica solicitou a nossa ajuda.

As três senhoras moravam juntas há muitos anos e D. Judite era quem tomava as decisões. Genoveva e Olga mostravam-se dependentes da irmã e a possibilidade da perda remetia a um grande sentimento de desamparo. A paciente esteve internada no hospital por dois meses até que, por motivos burocráticos de convênio, foi transferida para outra instituição. Durante este período, a palavra teve uma função importante na subjetividade das irmãs.

A praticante ofereceu a sua escuta e foi percebido que fornecer respostas quanto ao estado de saúde da paciente não surtia efeito apesar das perguntas e questionamentos. O falar sobre as relações estabelecidas entre elas propiciou uma melhor elaboração das suas histórias e do que representaria a perda de D. Judite. De acordo com Souza (2000, p. 32), “a internação em um hospital, em muitos casos, é algo que desorganiza não só o sujeito internado como também seus familiares”. (SOUZA, 2000, p.32).

Para os médicos, a entrada da praticante no caso foi como que um alívio. Eles já estavam cansados de falar e não serem ouvidos. Tentavam explicar de todas as maneiras o quadro clínico da paciente e os limites da medicina, sem sucesso. Alguns chegaram até a questionar se elas não tinham algum tipo de deficiência mental. A notícia médica era fornecida somente porque eles tinham obrigação de fazê-lo, conforme as normas. Eram as últimas a serem atendidas e, realmente, não tinham boa vontade para com elas.

Neste sentido, o encontro entre o médico e o paciente é da ordem do impossível. A fala

do paciente ou dos familiares é limitada àquilo que é passível de compreensão para o saber da ciência. O que não se enquadra é descartado e assim se estabelece o reducionismo científico.

A escuta também foi oferecida a eles pois não se conformavam com a falta de entendimento da família. Alguns intensivistas continuaram insistindo em explicar o quadro clínico, mas a maioria deles passou a responder apenas o necessário. Alguns poucos, entretanto, se dispuseram a compreender melhor o que se passava com aquelas mulheres.

É inegável que os sentimentos dos médicos interferem na evolução do tratamento e nas relações estabelecidas com pacientes e familiares. De acordo com a subjetividade própria de cada um são instaurados os laços sociais no cenário hospitalar. Contudo, a prioridade dos procedimentos, a gravidade dos casos e o rigor científico frequentemente excluem os aspectos subjetivos não só dos doentes e acompanhantes mas também da equipe médica. Além disso, tais aspectos não estão nos protocolos e, portanto, não há instruções de como proceder em circunstâncias em que algo dessa ordem aparece.

A notícia de um diagnóstico

Apesar da subjetividade não estar incluída no saber científico, é visto que alguns representantes da medicina se esforçam por fazê-lo. Não são raros os casos dos pacientes tocarem as questões dos médicos e eles se angustiarem. Cada um usa os próprios mecanismos para lidar com as dificuldades. As reações diante de um mal-estar são as mais diversas. Alguns se utilizam da negação, outros acionam a racionalidade e há aqueles que solicitam a clínica de psicologia.

Um vínculo transferencial entre a praticante de psicanálise e um determinado médico foi estabelecido a partir da condução de um caso pela nossa equipe. Em uma manhã de domingo, momento em que os profissionais *psi* não se encontram no hospital salvo em ocasiões de urgência, a praticante recebeu um telefonema em sua casa. Era o Dr. Leonardo solicitando atendimento psicológico para um paciente. A partir da conversa com o médico, a praticante se mostrou disponível para atender o caso.

O clínico geral estava angustiado porque deveria dar uma notícia ao paciente: um exame de sangue revelou que ele era soropositivo para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Tanto o representante do saber científico quanto o doente eram desconhecidos da praticante. Após ser acolhido, o médico se sentiu encorajado a entrar no quarto do paciente. A

revelação do resultado do exame seria feita na presença do profissional da psicanálise. Após os esclarecimentos médicos, o praticante ofereceria a sua escuta. Aliviado, o clínico se retirou depois de cumprir a sua tarefa. Explicou minuciosamente cada detalhe da doença e da perspectiva de tratamento.

Jonatas não se espantou com o diagnóstico. Homossexual, já desconfiava desta possibilidade. Negou a gravidade da doença e disse que continuaria levando sua vida normalmente. Alguns amigos entraram no quarto e ficaram conversando. O paciente não ficou muitos dias internado, pois o seu tratamento seria ambulatorial.

Ao sair do quarto, neste primeiro contato com o paciente, o médico aguardava o profissional *psi* no posto de enfermagem. Bastante ansioso, estava preocupado com os sentimentos do doente. Após o relato do atendimento psíquico, o alívio do clínico foi explícito. Sentiu-se tranqüilo ao saber que o paciente não tivera nenhuma reação intempestiva. Contudo, não se conformou com a postura de Jonatas no que se refere à aceitação da doença e da sua adesão ao tratamento. Isto confirma, de alguma forma, o comentário de Simonetti (2004, p. 137) sobre a relação do corpo clínico com os pacientes e as suas doenças: “a equipe deve estar preparada para lidar com os pacientes que não desejam saber coisa alguma sobre seus diagnósticos”.

Ao praticante de psicanálise, coube o acolhimento e a escuta deste médico. O clínico geral falou sobre como era difícil para ele lidar com estas situações. Preferia não ter que dar este tipo de notícia. Além disso, lhe incomodou bastante a falta de preocupação do paciente diante da possibilidade de contaminação de outras pessoas. Depois deste trabalho em conjunto, este médico passou a fazer vários pedidos de interconsulta para nossa equipe. Ele confessou que sentira muito receio de pedir ajuda aos psicólogos pois em outras ocasiões tivera experiências ruins. A orientação psicanalítica foi um importante diferencial no vínculo estabelecido com este médico.

Funcionamento institucional X Complexo familiar

É visto que, com frequência, a demanda de escuta do profissional de saúde não é a mesma do paciente. Muitas vezes, a questão do solicitante está longe de ser a questão do doente ou da família.

O conflito entre a filha de Joaquim e o nefrologista responsável pelo caso ilustra esta

diferença. O médico solicitou o atendimento da psicologia porque Tânia não colaborava para com a alta hospitalar de seu pai. Segundo o representante da medicina, o paciente poderia permanecer no seu domicílio e usar o transporte do SUS para fazer suas sessões de hemodiálise três vezes por semana. No seu entendimento, a internação não se justificava, tendo em vista o seu quadro clínico. Era importante que ele liberasse a sua vaga para outros doentes.

Tânia era radicalmente contra a conduta da equipe médica. Ela argumentava que seu pai, embora há quatro meses hospitalizado, era bastante idoso e não tinha condições clínicas de ir para casa. Tal posição gerou um grande desentendimento entre a filha e a equipe. Em sua opinião, ela estava no seu direito uma vez que o pagamento do plano de saúde do seu pai estava em dia.

Contudo, para Tânia, este ponto não era motivo principal de discussão. Ela apenas se irritava com a insistência do médico neste assunto. Em grande parte do tempo, ela se queixava dos irmãos. Seu pai era viúvo e não se dava bem com os outros filhos que eram de um primeiro relacionamento. Eles, de fato, pouco compareciam ao hospital. Assim, ela reclamava da sobrecarga que sentia em cuidar sozinha do pai. Ela era casada e não tinha filhos. Todavia, sentia falta da sua casa e do seu marido.

Sr. Joaquim foi medicado pela psiquiatria com o diagnóstico de depressão. Era de pouquíssimas palavras e não interagia com ninguém que não fosse à filha. As tentativas de qualquer vínculo transferencial foram em vão, seja com a praticante ou com os profissionais de saúde.

A conduta da praticante foi escutar a filha e tentar que ela se implicasse nas próprias questões. A relação com os irmãos e com o próprio pai sempre foi conturbada e, naquele momento, mais ainda. Mostrava-se inflexível quanto à possibilidade de cuidar do doente na sua residência: “Se no hospital é cansativo, imagina em casa!”.

Dessa forma, foram colocadas para o médico as questões subjetivas de Tânia e os impasses familiares que poderiam estar, de maneira significativa, interferindo no processo da alta. Ele escutou e se sentiu vencido. Contrariado, atendeu o paciente até o seu falecimento. Além de incomodado com a falta de compreensão da filha, na sua visão ela tinha agido de má fé. Isto porque ela relatou no serviço público que seu pai tinha convênio particular. Tal atitude eliminou as chances do paciente utilizar o Sistema Único de Saúde e de ter alta hospitalar.

Neste caso, foi visto que as queixas do médico não correspondiam às da família. Ele tinha um problema burocrático a ser resolvido e a posição subjetiva da filha do paciente se colocou como um entrave à funcionalidade da instituição. Pôde-se perceber claramente o

quanto o perturbava não cumprir o protocolo existente. Além disso, foi observado o quanto ele estava submetido às normas e regras do hospital. Ironicamente, utilizando-se do protocolo do SUS, Tânia atingiu seu objetivo: prorrogar a alta do pai até o seu óbito.

No caso descrito, a praticante de psicanálise acolheu a senhora durante o período de hospitalização do Sr. Joaquim. Procurou-se trabalhar as relações familiares que há anos traziam angústia e divergências. Quanto ao paciente, faleceu sem aceitar a oferta de escuta. Na instituição hospitalar, de acordo com Simonetti (2004, p.135) “O trabalho começa por onde é possível, e não por onde seria melhor”.

O poder do “sistema”

No âmbito do hospital geral, os papéis assumem grande importância. Eles podem ser concretos como as prescrições, ou mesmo virtuais. O chamado “sistema” computacional torna-se o detentor do poder. Quando o “sistema está fora do ar”, a instituição não funciona. Tal dependência gera, frequentemente, grande ansiedade nos pacientes, familiares, funcionários e profissionais de saúde.

Certa vez, a clínica de psicologia atendia um paciente gravemente enfermo a pedido da equipe de oncologia. Sr. Antunes tinha sessenta e sete anos e lutava contra um câncer no estômago. Lúcido e otimista, apesar das dores e preocupações com seu prognóstico, acompanhava assiduamente o seu tratamento e as condutas médicas.

Contudo, as reclamações quanto aos aspectos burocráticos do plano de saúde, da instituição e dos laboratórios estavam presentes em grande parte da sua fala. Por exemplo, ele necessitava fazer sessões de quimioterapia e não entendia a demora para ser atendido. Angustiava-se muito ao pensar que a sua possibilidade de cura diminuía porque o sistema não estava funcionando. Ele pressionava principalmente os médicos, mas também a enfermagem, o praticante de psicanálise ou qualquer pessoa que ele julgasse responsável pelos problemas.

A solicitação da equipe médica ao praticante foi devida, justamente, por causa da irritação do paciente com as normas e as regras institucionais. De fato, o medo da morte também existia e remetia a uma série de questões do Sr. Antunes. Entretanto, ele estava implicado no seu tratamento e dizia que queria viver por, pelo menos, mais alguns anos para acompanhar o crescimento dos netos.

O médico responsável pelo caso compreendia a angústia do paciente e se sentia

incapacitado para resolver certas burocracias. Ele já tinha feito vários relatórios solicitando as sessões de quimioterapia e havia colocado todas as justificativas possíveis para acelerar o tratamento. E isto depois de ter cobrado agilidade na coleta de material para exames e nos resultados dos mesmos. Durante os poucos períodos em que o “sistema” não estava fora do ar, ele ficava sobrecarregado por causa do acúmulo de demandas e o médico não era atendido. Sentindo-se vencido em várias ocasiões, o oncologista falava sobre a recorrência desses problemas e como lhe angustiava não oferecer soluções aos seus pacientes. Muitas vezes, era pressionado pelos colegas no hospital a preencher vários papéis e a dar telefonemas. Desconfortável, confessava que, em detrimento dos pacientes e familiares, grande parte do seu tempo era dedicado a cumprir as normas da burocracia. Assim, a qualidade do seu trabalho ficava prejudicada.

Ao praticante de psicanálise, coube escutar e acolher esse médico que, assim como o paciente, estava submetido ao “sistema”. “Sistema” este que desconsiderava a urgência médica e subjetiva dos envolvidos. Quanto ao Sr. Antunes, continuou se queixando dos entraves burocráticos. Vez ou outra, quando era atendido nas suas reclamações, falava um pouco dos receios que a doença lhe causava e procurava fazer planos com a família após a sonhada alta hospitalar.

De fato, os impasses burocráticos estão presentes no dia a dia da instituição. Trata-se de algo freqüente no contexto médico e que as pessoas não sabem como lidar. Elas cobram uma das outras uma solução a ser encontrada. Uma angústia generalizada se instala quando as cobranças acontecem e não há quem se responsabilize pelo problema. Isto porque o “senhor sistema” não tem nome, não tem endereço e, assim, não pode ser questionado.

A subjetividade como desorganizadora dos protocolos

Os médicos encontram nos protocolos do saber científico diretrizes e normas que lhes auxiliam bastante na condução dos casos. Entretanto, em algumas situações, pode haver um conflito entre a padronização do tratamento e a postura subjetiva do paciente. Em outras palavras, o reducionismo científico desconsidera as exceções e as situações peculiares.

O caso do paciente João Carlos ilustra este impasse. Ele tinha 58 anos, era etilista grave, com insuficiência hepática e renal. De acordo com o protocolo, seriam necessárias sessões de hemodiálise para a sua recuperação. Contudo, a equipe médica estava receosa em

começar o processo uma vez que o paciente dizia claramente que não pararia de consumir bebidas alcoólicas. Além disso, sua saúde estava bastante debilitada e ele poderia não sobreviver ao procedimento. Ou seja, possivelmente o tratamento seria em vão. Outro complicador era que as sessões de hemodiálise implicariam um custo financeiro para a instituição que talvez não justificasse. Concluindo, a equipe médica estava dividida entre o saber científico e os interesses do hospital.

A saída encontrada pelos médicos intensivistas foi solicitar o serviço de psicologia. Passados alguns dias, o quadro clínico de João Carlos se agravou e ele não estava mais em condições físicas de opinar. Dessa forma, eles pediram à praticante de psicanálise que conversasse com a família a fim de explicar as implicações da realização ou não das sessões de hemodiálise.

A praticante concordou em escutar esta família e estar com eles nesta difícil tomada de decisão. Todavia, também disse ao médico que seria importante que ele apresentasse o profissional *psi* aos familiares e esclarecesse todas as suas possíveis dúvidas sobre os aspectos técnicos do caso. O objetivo desta conduta foi propiciar um vínculo transferencial com os familiares uma vez que já existia uma certa transferência entre eles e o médico. Além disso, não cabia ao praticante fazer esclarecimentos médicos sobre o estado de saúde de João Carlos.

A partir deste primeiro encontro, a praticante passou a acompanhar esta família a cada visita ao paciente. Ele era divorciado e tinha duas filhas. O alcoolismo tinha sido motivo de grande sofrimento para todos ao longo dos anos. Ele havia perdido um bom emprego em uma mineradora e estava morando com uma irmã solteira.

Após alguns dias discutindo o processo da hemodiálise, e após ter aparecido uma série de questões, a família decidiu pela realização das sessões. Apesar do possível sofrimento em vão para o paciente e para eles, optaram pelo procedimento. Nas suas palavras: “A nossa consciência vai ficar mais tranqüila se for feito de tudo”. Depois de quase um mês de internação, João Carlos faleceu.

Coube à família sustentar uma escolha difícil. A escuta psicanalítica possibilitou a elaboração de questões, principalmente, em relação ao paciente. A equipe médica também sentiu o óbito. Mas, mais do que isso, se sentiu aliviada por não ter que tomar a decisão sobre a hemodiálise. Eles puderam ver de perto que a emergência da subjetividade implica na desorganização das regras. Os aspectos subjetivos, invariavelmente, desorganizam o texto de regras instituído. (CRUZ, 2007).

Religião: a salvação de todos

A partir da queixa de um paciente, uma série de passos serão seguidos pela equipe médica a fim de estabelecer o diagnóstico, o tratamento e a cura. Tais diretrizes são sustentadas pelo saber científico que determina as condutas da medicina.

Neste contexto, os exames, cada vez mais técnicos e sofisticados, são um grande auxílio na tomada de decisões. Eles possibilitam investigar o nível de adoecimento de órgãos e tecidos com considerável eficiência e rapidez. Além disso, são baseados nas evidências científicas, algo bastante condizente com os pressupostos do saber médico:

As formas da racionalidade médica penetram na maravilhosa espessura da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência. O espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar atento, da vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis. (FOUCAULT, 2003, p. XI).

Devido a importante função dos exames, os médicos se vêem, de certa forma, dependentes dos resultados dos mesmos para prosseguirem o seu trabalho. Quando, por algum motivo, este processo é interrompido, um problema se instala. Quase sempre, as razões para tal interrupção são burocráticas: o convênio não autorizou o procedimento, o plano de saúde não cobre a intervenção e a família não tem condições financeiras de pagar, o médico não preencheu corretamente o formulário de solicitação, faltou o carimbo da coordenadora de enfermagem ou o sistema está fora do ar, etc., etc.

Contudo, um outro fator pode ser causa da não realização de exames: a posição subjetiva do paciente. Situação esta que incomoda o representante do saber médico que se vê impossibilitado de cumprir o protocolo da sua profissão. Um misto de indignação e angústia foi o sentimento expresso pelo Dr. Jurandir ao praticante de psicanálise em relação a um determinado paciente.

Benedito estava internado para fazer um cateterismo, exame para verificar o grau de obstrução nas artérias do coração. Havia queixado de dores no peito e a realização do procedimento permitiria ao médico definir o tratamento a ser feito. Contudo, ele se recusava a passar pela intervenção.

Ao escutar Benedito, a praticante percebeu um homem inseguro e com medo. Ele dizia que seu vizinho havia morrido quando fazia tal exame. A princípio irredutível, argumentava que sua dor tinha passado e que deveria ser “barriga estufada”. Tratava-se de uma pessoa

humilde, um trabalhador rural sem muito estudo.

Na escuta do paciente, também se pôde observar a importância da religiosidade em sua vida. Falava sempre sobre a fé que tinha em Jesus e que ele lhe daria um sinal sobre o que fazer. A esposa e os filhos de Benedito também eram religiosos e concordavam com o seu pensamento. Contudo, o tempo passava e eles não recebiam a tal resposta divina.

A equipe do Dr. Jurandir pressionava a família uma vez que também era pressionada pela instituição. De maneira menos explícita, a praticante também era cobrada pelos médicos para resolver a questão. A internação do paciente causava ônus e a rotatividade dos pacientes era favorável a funcionalidade da organização hospitalar. Assim, o tempo de Benedito não correspondia ao tempo do ambiente médico.

A conduta da praticante foi acolher a equipe médica; a sua pressa era compreensível. Contudo, não era função do profissional *psi* convencer o paciente a submeter-se ao procedimento. Tal posicionamento não estava de acordo com as condutas éticas de um praticante de psicanálise. Dessa forma, sustentar esta negativa exigiu firmeza e traquejo da praticante.

Diante do impasse, uma irmã do paciente questionou os familiares sobre a presença de um padre. Indecisos, perguntaram ao praticante a sua opinião. Mais uma vez, tomando o cuidado de não diretividade, o profissional sugeriu que eles perguntassem ao paciente se assim o queria e ele aceitou a proposta.

Após a visita do religioso, Benedito optou pela realização do cateterismo. Satisfeitos, os médicos rapidamente tomaram as providências necessárias e o procedimento ocorreu sem complicações. O paciente teve alta hospitalar e pôde se tratar em casa.

De fato, a religiosidade é bastante presente no espaço hospitalar e, muitas vezes, adquire funções importantes diante do sofrimento intenso. Na situação descrita, além do efeito causado no paciente e nos familiares, ela colaborou com os interesses do hospital e dos médicos. A praticante adotou uma postura de não diretividade a fim de que o próprio paciente e seus familiares fizessem as suas escolhas. Contudo, é preciso ressaltar a pressão exercida para que os protocolos sejam seguidos e a necessidade de manutenção do bom funcionamento da instituição.

2.2 As demandas da diretoria e dos funcionários

A clínica de psicologia pode ser solicitada no hospital geral por qualquer trabalhador que julgue o serviço necessário. Basta que surja alguma dificuldade que as normas da instituição não consigam resolver para que os praticantes de psicanálise sejam convocados a comparecer. Contudo, as justificativas para as solicitações são bastante diversificadas e envolvem diferentes interesses por parte daqueles que o fazem. Isto porque há várias categorias de trabalhadores hospitalares e que desenvolvem atividades muito distintas umas das outras.

Com o objetivo de organização e funcionalidade, a diretoria de um hospital cria setores e delega funções. Tal divisão do trabalho tem como consequência o estabelecimento de hierarquias. Trata-se de categorizações freqüentes se pensarmos no caráter institucional de qualquer empresa. Algo que o hospital também é, seja ele público ou privado. Entretanto, a instituição hospitalar possui características peculiares tendo em vista seu aspecto assistencial. Aspecto este que se relaciona com o subjetivo, que influencia bastante na dinâmica de funcionamento da instituição e que dificulta a gestão dos administradores.

Neste contexto, coloca-se como um desafio para o praticante discernir os principais pontos de discordância em cada conflito e a que deve ele responder. Trata-se de uma tarefa complexa tendo em vista a pressão exercida em um ambiente no qual a intensidade é uma marca, seja ela relativa ao sofrimento humano ou aos interesses burocráticos e administrativos. Dessa maneira, é preciso que o praticante tenha cautela e clareza ao avaliar os motivos pelos quais está sendo acionado em cada situação.

Uma atitude extrema

Inegavelmente, os pacientes e familiares sentem-se fragilizados e angustiados com o adoecimento e a internação. Tais sentimentos podem provocar reações imprevisíveis e intempestivas de acordo com a particularidade de cada um. Na ânsia de “fazer alguma coisa” pelo doente, não é raro observarmos familiares exaltados, exigindo dos funcionários tarefas absurdas as quais eles não têm condições de cumprir. Estas exigências podem chegar, inclusive, à diretoria do hospital.

O caso de D. Lourdes e a postura dos seus filhos ilustram esta situação. A paciente tinha 83 anos e estava na UTI há 15 dias por causa de uma insuficiência respiratória. Todavia,

apesar da saúde debilitada, dependia apenas de um aparelho ventilatório portátil para sair da unidade e estar na presença constante da sua família. Vários testes haviam sido feitos e os médicos autorizaram a alta da paciente para o quarto, desde que essa condição fosse atendida.

Otimistas, os familiares da paciente aguardavam a chegada do tal aparelho com muitas expectativas. Vislumbravam a possibilidade de dar a ela maior atenção e carinho nos seus prováveis últimos anos de vida. Contudo, um problema se instalou na medida em que entraves burocráticos adiaram a entrega do aparelho e, como consequência, impediram a saída da paciente da UTI. A princípio, eles procuraram ser compreensivos e educados.

Maurício era o filho mais velho e se mostrava muito autoritário na sua forma de se expressar. Em um primeiro momento, ele ouviu a justificativa do médico para o atraso e argumentou com racionalidade. Pensou em várias possibilidades para o problema e tentou encontrar soluções. O plantonista explicava que a equipe já tinha solicitado o aparelho no convênio e que estavam aguardando a resposta. No outro dia, o senhor cobrava a tal resposta e o outro intensivista dizia desconfortável: “Infelizmente está atrasado... vamos ter que aguardar mais um pouco”.

Com o passar dos dias, os familiares exigiram uma atitude mais firme da equipe e não obtiveram sucesso. Assim, eles mobilizaram a atenção de todos no setor. Reclamaram com as secretárias, com os fisioterapeutas e, inclusive, com a praticante que fazia o seu trabalho rotineiro no setor. Sua conduta foi a de oferecer a sua escuta embora eles estivessem focados no problema do aparelho, demandando uma solução pragmática. Problema este que a praticante, assim como os demais profissionais, não tinha como resolver. Além disso, ela não considerava como função sua resolver entraves burocráticos. Contudo, sugeriu que o senhor expressasse sua insatisfação no serviço de atendimento ao cliente (SAC).

De fato, Maurício procurou o SAC no dia seguinte. Todavia, estava contrariado pois essa atitude não surtira nenhum efeito. Irritado, ele chegou à UTI disposto a fazer o que fosse preciso para modificar a situação. Estava agressivo e falando alto o suficiente para que todos o ouvissem. Ele não entendia o porquê de tanta demora e não conseguia compreender qual era exatamente o problema. Neste dia, estava de plantão o Dr. Evaldo. Um médico tranquilo mas que não omitia as suas opiniões. Sereno, o intensivista acolheu a queixa do senhor, deu-lhe razão e, como a praticante, falou-lhe sobre o setor responsável pelas reclamações. Maurício lhe disse sobre a sua tentativa frustrada e continuou cobrando explicações. Calmamente, Dr. Evaldo sugeriu então que ele fosse diretamente à diretoria do hospital reivindicar os seus direitos.

O filho da paciente acatou a sugestão e, algum tempo depois, Ramon, gestor

responsável pela administração hospitalar, chegou à UTI. Ele conversou a sós com o médico de plantão e depois procurou a praticante. Ele perguntou a ela se estava acompanhando o caso e disse: “não teve jeito de acalmá-lo?”. Com cautela, a praticante respondeu que compreendia a dificuldade do hospital em resolver a situação mas que também entendia a indignação de Maurício. Além disso, colocou que continuaria escutando o filho da paciente a fim de “esvaziar” a sua angústia. A conversa foi rápida pois Ramon foi logo para o seu setor.

Após a saída do administrador da UTI, Dr. Evaldo expressou seus sentimentos para a praticante. Disse que não era função dele resolver esse tipo de problema e que as pessoas deveriam assumir as suas responsabilidades. Entre linhas, colocou que fora advertido, que se sentira muito incomodado com o tom da conversa e que não esperava tal repreensão. Na sua fala, ficou claro que os pacientes e os familiares não são do médico e sim da instituição. É ela que estabelece as relações entre a clientela e os diversos setores e que tem missões, objetivos e interesse próprios. Além disso, todos os trabalhadores estão a ela subordinados e, assim, muito mais que os médicos, é a diretoria quem determina quase tudo na organização. (RIBEIRO, 1993).

Diferentemente do tom de repreensão da conversa com o médico, segundo Maurício, as pessoas na diretoria lhe trataram muito bem e com bastante cordialidade. Argumentaram que o entrave estava no convênio e que o hospital estava cobrando exaustivamente uma liberação do plano de saúde. Algo que ele também poderia fazer na tentativa de agilizar o processo. Curiosamente, D. Lourdes teve alta da UTI dois dias depois da sua ida à administração.

Este caso mostra a indignação de uma família com os protocolos hospitalares que chegou até à própria diretoria da instituição; algo que não acontece regularmente, mas que se torna possível a partir do momento em que a subjetividade não é escutada. Foi preciso uma atitude extrema por parte da família para que a dinâmica institucional fosse alterada. Uma dinâmica que desconhece os aspectos subjetivos e que é mantida com a convivência e participação dos profissionais. Neste sentido, coube à praticante estar atenta a esta realidade e se posicionar com prudência diante das pressões e divergências entre os familiares e a administração hospitalar.

Protocolo para paciente psiquiátrico?

Diante da necessidade de controle e manutenção da ordem institucional, os protocolos são vistos como grandes aliados. Eles padronizam as situações e ditam as regras tanto para os profissionais quanto para os usuários no ambiente hospitalar. Trata-se de uma forma de agilizar os procedimentos e facilitar as tomadas de decisão. Por outro lado, também excluem as exceções e desconsideram os aspectos subjetivos de cada caso.

Em determinada ocasião, a diretoria do hospital solicitou à clínica de Psicologia que fizesse um protocolo para pacientes com transtornos psiquiátricos. Tal solicitação surgiu a partir de uma tentativa de auto-extermínio no espaço hospitalar quando um paciente de 56 anos ingeriu uma grande quantidade de remédios sem orientação médica. Medicamentos que foram trazidos pela família a pedido do paciente. Ele conseguiu o que queria através de um forte vínculo que tinha com o sobrinho. Eles trabalhavam juntos e eram grandes amigos. Disse para o rapaz que estava com dificuldade para dormir e que fazia uso do tal remédio regularmente. Inocentemente, Marcelo atendeu a vontade do tio. Entretanto, foi uma atitude contrária às normas institucionais e que causou uma grande comoção no setor.

Todos ficaram muito preocupados, tentando compreender o acontecido. A surpresa foi grande pois ninguém suspeitava de uma ação como esta. Isto porque Vítor era um paciente aparentemente tranqüilo e cordial. Ele era solteiro, morava com um amigo e tinha uma ótima condição financeira.

A praticante de psicanálise que estava acompanhando o caso também se fez várias perguntas diante da tentativa de auto-extermínio. Na sua percepção, ele falava pouco e a tratava com muita educação. A princípio, não demonstrava maiores perturbações emocionais apesar de não expor com facilidade as suas questões. Assim, a praticante oferecia a sua escuta mas também respeitava a sua escolha de falar ou não sobre sua privacidade.

A solicitação de acompanhamento psicológico veio por causa de uma suspeita de câncer que, certamente, traria angústia ao paciente. Essa hipótese estava sendo investigada pela equipe de oncologia que, como uma ação preventiva, acionou o serviço da praticante. Contudo, o diagnóstico ainda não tinha sido confirmado quando o paciente ingeriu os remédios. Dessa forma, não havia ainda uma confirmação positiva que justificasse a sua atitude.

Felizmente, a tentativa de Vítor de por fim à sua vida não se concretizou. Ele foi socorrido a tempo e levado para a UTI. De fato, ele tinha um câncer importante e que exigiria dele grande esforço para uma recuperação efetiva. A clínica de psiquiatria foi solicitada e o acompanhou até a alta hospitalar. O tratamento médico poderia ser feito no ambulatório e a psiquiatra o atenderia regularmente. A tentativa de auto-extermínio provocou muitas questões

na praticante que o estava acompanhando anteriormente e, assim, ela decidiu encaminhá-lo para outra colega que assumiu o caso.

Embora o acontecimento fosse rapidamente “esquecido”, a diretoria do hospital passou a se preocupar com este tipo de situação. A partir do acontecimento, os diretores exigiram que o serviço de Psicologia atendesse a todos os pacientes com “potencial para auto-extermínio”. Além disso, solicitaram a criação de um protocolo que diagnosticasse estes casos e que tivesse diretrizes de como agir nessas ocasiões.

A conduta da equipe de Psicologia foi a de colocar para os dirigentes a dificuldade de atender à solicitação. Primeiramente, porque não existem imagens e exames que diagnostiquem uma pessoa com possibilidade de suicídio. Trata-se de algo subjetivo, não quantificável e não verificável de acordo com os métodos da ciência racional. Em segundo lugar, não há previsibilidade para os aspectos subjetivos na medida em que a própria imprevisibilidade é uma das marcas do ser falante.

Contudo, a clínica de praticantes optou por elaborar o protocolo solicitado. Uma espécie de anamnese seria feita logo na admissão do paciente. Itens como alcoolismo, histórico de transtornos psiquiátricos na família e uso de drogas ilícitas seriam investigados. A partir desses dados, certas providências seriam tomadas. O paciente deveria estar sempre acompanhado na internação, medicamentos e objetos perfuro-cortantes não deveriam ficar ao seu alcance e, principalmente, as clínicas de psicologia e psiquiatria deveriam ser acionadas.

Apesar de concordar com a elaboração do protocolo, o serviço de Psicologia considerou muito importante enfatizar a sua possível ineficiência. Categorizar e classificar os pacientes não estão de acordo com a conduta psicanalítica e vai contra a ética da psicanálise. Entretanto, faz-se necessário saber lidar com as solicitações institucionais. É preciso diplomacia e cautela nas intervenções. Uma tarefa bastante complexa, tendo em vista as diferenças de posturas e interesses presentes no hospital geral.

As exigências da ONA

De fato, a exigência por protocolos é cada vez maior nas instituições, sejam elas quais forem. Os atendimentos eletrônicos, os sistemas computacionais e a grande quantidade de números e siglas ilustram a burocracia que cresce de forma imperativa e assustadora.

Nos hospitais, a pressão exercida para a padronização dos procedimentos possui um

nome: ONA (Organização Nacional de Acreditação). Trata-se de uma organização não-governamental caracterizada como “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional. O seu objetivo é o de “promover o desenvolvimento de um processo de acreditação visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde em nosso país”. (www.ona.org.br, 2009).

A idéia surgiu a partir de uma discussão estabelecida pelo Ministério da Saúde em 1995 e que culminou na criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Desde então, uma série de projetos foram elaborados até o estabelecimento da ONA, que inclui palestras de sensibilização e atividades educativas presenciais e a distância aos profissionais de saúde. Uma proposta que tem nesta definição de acreditação o seu alicerce: “sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado”. (www.ona.org.br, 2009).

O processo de avaliação para certificação de um hospital é feito por uma equipe de avaliadores das Instituições Acreditadoras. Existe um manual específico para os serviços hospitalares que pode ser adquirido pela internet e que contém todas as informações necessárias para a acreditação. De acordo com a avaliação da equipe, a instituição pode ser classificada como Acreditada, Acreditada Pleno e Acreditada com Excelência. Cada certificação dessas possui um período de validade que vai no máximo há três anos.

O interesse dos hospitais em ser acreditados pela ONA é grande pois há uma série de patrocinadores, planos de saúde e entidades associadas que fazem parte do processo e que trariam significativas contribuições para o crescimento da instituição. Além disso, a ONA conta com o apoio de portarias e resoluções governamentais, oferecendo também benefícios importantes para o hospital enquanto empresa. Assim, assumindo como valores a credibilidade, a ética, a qualidade, a legitimidade e o resultado, a ONA pretende tornar o sistema brasileiro de saúde uma referência, inclusive internacional, de qualidade e de produtividade.

Assim, a diretoria do hospital em estudo também solicitou aos coordenadores das clínicas que se mobilizassem para atender às exigências da ONA. Todos se sentiram pressionados e poucos se mostraram interessados em estabelecer os protocolos requeridos. Isto porque, quase sempre, os médicos encontram-se sobrecarregados de trabalho e esta tarefa exigiria muito tempo e disponibilidade. Algo que, a principio, não ajudaria na rotina do dia a dia.

Com relação à clínica de Psicologia, a ONA impõe questões específicas. Ela inclui um conjunto de regras e normas que se coloca como um desafio para um serviço que trabalha

com a subjetividade. Isto porque a conduta psicanalítica não se presta a definir o número do CID (Classificação Internacional de Doenças) de um paciente na primeira sessão ou de preencher um questionário pré-estabelecido sobre os aspectos emocionais do mesmo. Dessa forma, a cobrança da diretoria foi motivo de inquietação para a equipe que não concorda com a exclusão da particularidade de cada caso.

A conduta dos praticantes foi a de refletir sobre a situação e a agir com cautela. Uma conduta que também foi acatada por outros profissionais, tendo em vista a pressão exercida e a dificuldade para cumprir as exigências da ONA. Não seria simples fazer os protocolos e enquadrar todos os casos, mesmo para os coordenadores mais racionais.

Com o passar do tempo, as clínicas foram se adaptando à nova proposta e fizeram movimentos para responder à solicitação. Algumas, mais próximas da administração, foram mais ágeis e outras, menos favoráveis à idéia, demoraram a tomar atitudes. A clínica *psi* optou por discutir as peculiaridades do serviço com os gestores e explicar o seu ponto de vista. A receptividade não foi muito grande, mas a equipe julgou importante fazer este movimento. Movimento esse a favor da escuta, da expressão da subjetividade e do um a um.

Curiosamente, algum tempo depois, a cobrança explícita diminuiu. Na percepção dos praticantes, a instituição se envolveu com outros problemas mais urgentes e o assunto da ONA foi colocado, aparentemente, em segundo plano. Contudo, ela não deixou de ser a principal referência da instituição no que se refere às suas normas e regras. Por este motivo, a clínica *psi* considerou muito importante uma reflexão sobre o acontecido. Uma reflexão que incluiu não apenas as exigências da ONA, mas também o que ela representa nos sistemas hospitalares – além da distinção sobre qual deve ser o posicionamento dos praticantes de psicanálise neste contexto.

Os praticantes e o *marketing*

As cobranças da diretoria de um hospital são muitas e as clínicas adotam as posturas que julgam adequadas. Contudo, nem sempre é fácil discernir qual a melhor conduta tendo em vista os princípios dos profissionais e os interesses administrativos ali envolvidos. Além disso, muitas vezes a cobrança acontece de forma indireta, o que dificulta ainda mais a compreensão da demanda e mesmo uma tomada de decisão.

Certa vez, o setor de *marketing* solicitou aos médicos, psicólogos, nutricionistas e

fisioterapeutas que divulgassem a prática realizada. Tal divulgação seria feita através dos meios de comunicação como o rádio e a televisão. Ao serviço de Psicologia foi incumbida uma entrevista sobre qualidade de vida. Um assunto bastante discutido na atualidade, mas não especificamente relacionado com o trabalho exercido no hospital.

Diante da demanda, os praticantes optaram por observar como as outras equipes estavam lidando com as solicitações. Pôde-se perceber que poucos gostaram da proposta, mostrando-se desinteressados em realizá-la. Além disso, verificou-se que alguns profissionais eram pressionados a cumprir as exigências e, diferentemente, outros nem chegavam a ser contatados. Curiosamente, os coordenadores dos CTIs e os chefes das clínicas que forneciam bons rendimentos ao hospital não eram acionados.

Naiara, a pessoa responsável por contatar os profissionais, estava ansiosa e insistiu bastante para que a clínica *psi* participasse da programação por ela estabelecida. Isto porque muitos médicos não estavam querendo colaborar e o argumento era sempre o mesmo: a falta de tempo disponível. Ela sentia-se cobrada pela diretoria que exigia um forte trabalho de propaganda do hospital. Contudo, ela dependia da colaboração das pessoas para cumprir a ordem.

A conduta dos praticantes foi discutir o assunto e decidir pela realização da entrevista. Tal atitude não foi baseada na insistência de Naiara mas, sim, na necessidade de manter um relacionamento diplomático com a instituição. Dentro do possível, o conteúdo da entrevista estaria de acordo com os pressupostos da psicanálise.

A entrevista foi dada por uma praticante da equipe embora ela tenha se sentido bastante desconfortável na situação. Desconforto este já previsto pelos colegas de trabalho mas com o intuito de eliminar outras possíveis solicitações. Entretanto, o setor de *marketing* não se sentiu satisfeito pois, apesar da realização da entrevista eles queriam um maior comprometimento dos *psi* para outras tarefas. Alguns dias depois, outro “convite” foi feito. Desta vez, o serviço foi convocado a proferir uma palestra sobre alcoolismo e saúde mental.

Diante da nova proposta, a clínica da Psicologia negou a sua participação. Após reunirem-se, os praticantes optaram por não colaborar com a divulgação do nome do hospital nesta circunstância. Pôde-se perceber que estes “convites” seriam feitos com frequência. Assim, cada situação seria discutida e avaliada no caso a caso. Não foi fácil sustentar a negativa tendo em vista a pressão exercida pelo setor de *marketing*.

Portanto, esta situação ilustra a cobrança da diretoria para que as suas exigências sejam cumpridas. Não é tarefa simples discernir quais os interesses presentes e qual o posicionamento adequado ao praticante em cada ocasião. Isto porque se trata de um contexto

que desafia a conduta psicanalítica na medida em que preza a racionalidade científica, a burocracia institucional e os ganhos administrativos.

2.3 As questões dos pacientes e familiares

Indiscutivelmente, o adoecimento, a hospitalização e a iminência de morte provocam inúmeras questões nos pacientes e nos seus familiares. Além disso, a internação pode revelar algo que estava adormecido e que ressurge diante de uma ruptura no dia a dia do indivíduo. A angústia pode ser percebida com clareza. Trata-se de períodos difíceis nas vidas das pessoas e que desorganiza de maneira significativa o seu modo de viver. Uma vez que as defesas do paciente estão abaladas e as situações são de sofrimento intenso, também uma urgência subjetiva se instala.

Um pedido de socorro no Pronto Socorro

A dificuldade que os aspectos subjetivos impõem ao saber científico e às normas institucionais pode ser vista em todos os setores do hospital geral. O pronto socorro (PS) em particular é a porta de entrada de um ambiente que tem como proposta a cura, o conforto e a salvação para muitos males. Neste sentido, não é raro as pessoas buscarem o pronto atendimento com outras intenções que não a recuperação de uma doença orgânica.

Certa vez, a praticante foi chamada no PS pela equipe médica a pedido da mãe de uma paciente. Camila era uma garota de quinze anos que estava causando transtornos no setor com relativa frequência. Isto porque não era a primeira vez que se dirigia ao hospital queixando-se de dores nas pernas e dificuldade de locomoção. Ela fazia exames caros, ocupava o precioso tempo da equipe e retardava o atendimento de pessoas que realmente tinham urgência de socorro médico. Era sempre acompanhada por Suzana que já estava constrangida de levar a filha ao pronto atendimento e, após vários exames, ouvir: “Ela não tem nada”.

Em uma dessas ocasiões, enquanto a menina era examinada pelo clínico geral, Suzana conversava com o neurologista e este lhe dizia: “Ela está simulando uma crise convulsiva,

apresenta uma síndrome conversiva e isto quem trata é o psicólogo”. A partir dessa fala, a mãe perguntou para ele se havia este serviço no hospital. A secretária foi incumbida de contatar a praticante e, curiosamente, disse no telefone: “Essa adolescente é 'pitizenta' doutora, já é freguesa aqui no PS”. Dentro de sua possibilidade, a profissional *psi* se mostrou disponível para ouvi-la.

A mãe encontrava-se ansiosa e pediu para conversarem na parte externa do hospital para que pudesse fumar um cigarro. Relatou uma história de vida complexa em que havia perdido um filho afogado em uma piscina. Camila nascera pouco depois e, no dizer da senhora, herdara toda a sua dor. Além disso, convivia com um marido alcoólatra e fumava maconha esporadicamente. Após chorar bastante e falar por um longo período, reconheceu os problemas da filha e o medo de que ela, também estivesse fazendo uso de drogas ilícitas. Além disso, revelou que preferia que Camila tivesse uma doença orgânica e não que fosse um problema de ordem emocional. Na sua visão, seria algo mais fácil de tratar. Dessa maneira, ela justificava as suas constantes “visitas” ao pronto socorro.

Depois de acolher Suzana, a praticante procurou estabelecer um contato com a adolescente. Ela se mostrou arredia e de poucas palavras. Subitamente, disse que estava melhor e que queria ir para casa. A conduta da profissional *psi* foi dizer para a mãe sobre a importância do tratamento psíquico para ambas e lhe fornecer opções de psicanalistas que poderiam lhes ajudar. A praticante também conversou rapidamente a respeito do caso com o neurologista que tinha sugerido a sua avaliação. Ele objetivamente disse que este trabalho não era da sua alçada e desejou “boa sorte” tendo em vista a gravidade da situação.

Este caso explicita o lugar que o hospital geral ocupa na comunidade. É um local em que as pessoas depositam expectativas e consideram como uma possibilidade de solução para os seus problemas. Como nos lembra Moura (2003) na apresentação do livro “Psicanálise e hospital – 3”:

A cultura oferece instrumentos, e o hospital é, **por excelência**, um destes instrumentos da cultura para oferecer, com os recursos da ciência e da tecnologia, a tentativa de lidar com o mal-estar na civilização, que sabemos não se tratar do mal-estar da doença orgânica. (MOURA, 2003, p. 3).

Assim, é justamente na falha da ciência que o praticante de psicanálise é convocado a intervir. Momento no qual o conhecimento científico encontra limites e não contempla todo o sofrimento humano. Além disso, pôde-se observar que a praticante também foi solicitada em uma situação na qual os aspectos subjetivos estavam interferindo na organização e

funcionalidade do setor. Algo que se mostra cada vez mais recorrente na instituição.

Um jogo de “empurra-empurra” no CTI

Como dito anteriormente, as famílias numerosas interferem bastante no andamento corriqueiro do hospital. Um grupo de pessoas unido e com o mesmo propósito possui a capacidade de chamar a atenção do todos no recinto e, conseqüentemente adquirem uma grande capacidade de persuasão. Assim, torna-se um desafio conter o ímpeto dos familiares diante das regras hospitalares. Nessas ocasiões, o praticante pode ser solicitado a colaborar com a manutenção do protocolo da unidade.

Nos Centros de Tratamento Intensivo existem normas quanto aos horários de visita e quanto ao número de pessoas que podem ver os pacientes. Contudo, frequentemente, os familiares encontram-se preocupados e ansiosos para obter informações a respeito do estado de saúde dos seus parentes. Eles reivindicam o direito de estar com o ente querido e não aceitam o *não* como resposta. Dessa forma, sendo a angústia um sentimento não quantificável, um problema se instala. A padronização no sistema hospitalar desconsidera os aspectos subjetivos e as particularidades de cada caso.

Assim, com relativa freqüência, os familiares burlam as regras para terem acesso ao CTI. Eles chegam ao setor por entradas não autorizadas, como pelo estacionamento ou pelo Pronto Socorro. As secretárias sofrem grande pressão e afirmam então que não têm autoridade para permitir as visitas. Elas se sentem perdidas, não sabem a quem recorrer e argumentam que são ordens a serem cumpridas. Quando muito cobradas, dizem para aqueles que querem burlar o protocolo que procurem a enfermeira assistente ou o médico coordenador. Contudo, as famílias não têm acesso a tais superiores e estes, dificilmente, encontram-se disponíveis para os esclarecimentos e mesmo para as eventuais permissões. Ou seja, as regras quanto aos horários e quanto ao número de visitas são alvo de constantes divergências.

Certa vez, estava hospitalizada uma senhora de 81 anos. Encontrava-se comatosa e, portanto, sem comunicação verbal com a família. Eram 11 filhos, 8 genros e noras, 16 netos e 4 bisnetos. Eles expressavam, insistentemente, a vontade de ver a mãe e a avó que havia sido internada há dois dias. Alguns faziam verdadeiras encenações e ameaçavam infartos, na tentativa de conseguir o objetivo. Outros, por sua vez, eram agressivos e diziam: “Você sabe com quem está falando? Sou o vice-presidente da empresa x!”. E havia ainda aqueles que

argumentavam terem vindo de longe para visitá-la.

Estando a clínica de psicologia presente no dia a dia do setor, vários foram os pedidos dos familiares para que a praticante “desse um jeitinho” para que eles entrassem nos horários não permitidos. Por outro lado, principalmente as secretárias e a equipe de enfermagem demandavam que a profissional *psi* colocasse limites. A maneira pela qual ela faria isso pouco importava, o importante era a manutenção da ordem.

A princípio, a conduta da praticante foi escutar cada parente na sua individualidade. Apesar das diferenças, foi percebido um fator semelhante nos relatos. Muitos disseram que Dona Ivone havia ficado viúva quando jovem, que sofrera para criar os onze filhos e que a solidão a acompanhava nos últimos meses. Algo de um sentimento de culpa foi percebido nas falas, o que fez a praticante compreender a necessidade de os familiares se fazerem presentes naquele momento.

A despeito do aparente paradoxo, também se observou que, apesar da demanda para vê-la, a maioria deles permanecia por pouco tempo próximo ao leito. Eles ficavam agitados, andavam de um lado para outro e, para quem estivesse por perto, faziam perguntas sobre o estado de saúde da paciente. Em outras palavras, parecia haver uma certa dificuldade de permanecer ao lado de Dona Ivone e de estar no ambiente desconcertante do CTI.

Neste contexto, a equipe cobrava da praticante uma atitude em relação ao problema. Os médicos estavam incomodados de ter que dar a mesma notícia várias vezes para diferentes familiares. Um deles chegou a dizer: “fala para eles escolherem um só para conversar com a gente. Tem muito paciente grave e eles estão ocupando muito do nosso tempo”. Já as enfermeiras e as secretárias estavam cansadas de tentar, sem sucesso, colocar limites e se sentiam perdidas. “Já estamos ficando loucas, não sabemos o que fazer”, diziam elas, reivindicando que alguém se posicionasse com firmeza e assumisse o lugar de autoridade. Pôde-se perceber claramente um jogo de “empurra-empurra” no qual ninguém se responsabilizava.

A conduta da praticante foi continuar acompanhando a família durante a internação da senhora e compartilhar suas percepções com a equipe. Propôs a liberação de mais um parente além do número permitido em cada horário de visita. A hipótese era a de que as reivindicações dos familiares diminuiriam, primeiro porque se sentiriam ouvidos e depois por causa da dificuldade de permanecerem no local. Além disso, pela própria experiência da praticante, é visto que no início da hospitalização as famílias encontram-se mais ansiosas do que após alguns dias no CTI. A equipe acatou a sugestão e, de fato, a família deixou de ser um problema perante as regras institucionais.

Diante das demandas, interesses e aspectos subjetivos presentes na situação citada, não foi fácil para a praticante estabelecer a sua conduta. Pôde-se perceber claramente a falta de um nome responsável pelas normas e o convite para que ela ocupasse o lugar de tal autoridade. Inegavelmente, o protocolo existe e deve ser cumprido, seja ele explícito ou não. Contudo, coloca-se como um desafio compreender as estranhezas nas relações e exercer a prática psicanalítica em um ambiente em que a manutenção do funcionamento é uma ordem.

O corpo morto

Um outro fator que interfere bastante na rotina do CTI são os óbitos. Por diversos motivos, eles são problemáticos. Seja pela tentativa frustrada de curar uma pessoa ou pelas questões peculiares despertadas no um a um. Além disso, a morte também causa transtornos no setor. Após o falecimento, uma série de providências devem ser tomadas, como o desligamento dos aparelhos e a higienização dos boxes. A agilidade neste processo coloca-se como uma exigência, tendo em vista o atendimento a outros pacientes e a rotatividade na unidade.

Percebe-se que o óbito no horário de visitas ou mesmo próximo a ele gera ainda mais dificuldades. Isto porque o volume de pessoas no ambiente aumenta, porquê os sentimentos despertados nos familiares comovem os profissionais e porquê ele estende o período de paralisação que deve ser o menor possível. Para complementar, a presença de um corpo morto revela o maior dos temores, a morte. O mal-estar vivenciado pela equipe pode ser visto através dos resmungos e dos olhares. Neste contexto, não é raro ocorrer um movimento para que o recém-falecido seja retirado rapidamente do CTI com o seguinte argumento: “Ele está atrapalhando”.

Tal situação aconteceu diante do falecimento do Sr. Fabiano. Ele tinha 56 anos e sofria de pancreatite aguda. Devido às conseqüências da doença, ele fora a óbito. Assim que constatado o falecimento, a esposa do paciente foi chamada para que viesse ao hospital. No entanto, ela e seus filhos não moravam na cidade e demorariam cerca de uma hora para chegar. Sabendo dessa informação, a equipe tratou de “arrumar” o corpo e levá-lo para o necrotério, uma vez que o horário de visita estava próximo.

Ao chegar ao hospital, a família foi diretamente conversar com o médico de plantão. Estando a praticante presente no setor e já sendo conhecida dos familiares, optou por

acompanhá-los neste momento. O paciente lutava pela vida há algum tempo e, de certa forma, eles cogitavam essa possibilidade. Religiosos, receberam a notícia com tristeza, mas também com serenidade. É interessante observar que “ante a possibilidade da morte, várias questões emergem, e uma que chama a atenção é ver com que frequência os pacientes e familiares recorrem à religião como recurso diante do desamparo extremo”. (GRANHA, 2000, p.84)

Terminados os esclarecimentos, os filhos do Sr. Fabiano quiseram ver o corpo do pai. Neste instante, um mal-estar aconteceu. Ao saberem da enfermagem que o paciente já estava no necrotério, eles se sentiram desrespeitados. Em meio à dor da perda, reivindicavam, sem agressividade, o direito de ver o paciente. Não concordavam com a conduta da equipe e expressavam a sua indignação com tal atitude.

Desconfortável, a enfermeira assistente procurava justificativas para o ocorrido, mas não conseguia confortá-los. Ansiosa, tentava explicar: “Eu entendo a reclamação de vocês, mas o que eu posso fazer? Um paciente 'parou' no PS e precisava vir!”. Ela disse 'parou' referindo-se a um paciente que sofrera uma parada cardíaco-respiratória e que precisava de socorro imediato e intensivo. Alegava que eles demorariam muito e que o trabalho de todos ficaria prejudicado. A praticante esteve presente durante a exaustiva conversa que terminou com um “sinto muito” da enfermeira. Dividida entre a funcionalidade da unidade e os sentimentos da família, olhou para a praticante como que apontasse: “Agora é com você”.

A conduta da praticante foi a de acolher os familiares e a de disponibilizar a sua escuta. Eles falaram mais um pouco sobre sua insatisfação com o desfecho da internação do paciente e do pesar pelo seu falecimento. Contaram que ele estava prestes a se aposentar e que sentiam muito por ele não poder desfrutar o merecido descanso após vários anos de trabalho. Chorosa, a esposa abraçou a praticante e perguntou se ela poderia acompanhá-la até o necrotério. Assim foi feito.

Ao retornar para o CTI, a praticante julgou pertinente conversar com a coordenadora do setor sobre o ocorrido. Ela não estava sabendo do caso e reconheceu a importância da escolha das famílias sobre verem ou não o corpo do ente querido na unidade. Disse que falaria com seus funcionários a respeito do assunto para que, dentro do possível, esperassem a chegada dos familiares antes do encaminhamento do corpo. Malgrado a necessidade urgente de desocupação de um lugar.

De fato, a enfermeira discutiu com os seus subordinados o acontecido e pôde-se perceber que a intervenção da praticante tivera um efeito. Diante de situações semelhantes, observou-se um cuidado maior com as famílias em caso de óbito, principalmente nas circunstâncias em que a profissional *psi* estava no setor. Por outro lado, também foi visto que,

com o decorrer do tempo, a indignação da família do Sr. Fabiano foi esquecida e a desconsideração dos aspectos subjetivos se repetiu. Dois meses depois, outro recém-falecido foi encaminhado ao necrotério antes que a família o visse na UTI.

Portanto, conclui-se que a subjetividade no espaço hospitalar ocupa um lugar de marginalidade. Ela é contingente e, em nome da urgência médica, da realização dos procedimentos ou do cumprimento das normas, ela pode ser facilmente descartada. No caso acima, coube à praticante dar voz à família do paciente e fazer com que algo de outra ordem também se fizesse presente em um ambiente que preza, principalmente, pela continuidade do sistema vigente. Trata-se de um trabalho árduo a ser construído no dia a dia do hospital.

O tempo subjetivo no hospital geral

Frequentemente, os pacientes e familiares cobram da equipe médica um saber que vai além do conhecimento científico. Eles exigem respostas não somente para as doenças orgânicas mas também para as questões subjetivas. Nessas ocasiões, não é raro os representantes da ciência sentirem-se inseguros e recorrerem aos praticantes de psicanálise.

Tal situação aconteceu após a ocorrência de um acidente de carro no carnaval de 2004. Júnior era um rapaz de 25 anos e estava voltando da Bahia com três amigos. Ele estava no volante quando um caminhão que vinha na direção contrária perdeu o controle do veículo e atingiu o seu automóvel. A estrada estava movimentada e o socorro demorou a chegar ao local. Infelizmente, um dos seus colegas faleceu. Os outros dois sofreram fraturas e estavam hospitalizados, mas não corriam risco de vida.

Júnior sofreu perfuração abdominal e passou por algumas cirurgias. A juventude lhe ajudou na recuperação e ele teve alta da UTI de forma relativamente rápida. O rapaz morava com a família e era estudante de medicina veterinária. Seus pais estavam muito preocupados com seu estado de saúde e também com seu aspecto emocional. Tinham receio da sua reação ao saber que Rodrigo, seu amigo de faculdade, havia falecido no acidente. Além disso, gostariam que ele soubesse do acontecido no hospital para que ele tivesse assistência médica caso isso influenciasse na sua saúde.

Assim que o rapaz saiu da UTI, Dr. Amaral estava sendo pressionado pelos familiares para conversar com o paciente sobre o falecimento de Rodrigo. Ele era um médico atencioso e tolerante com as demandas das famílias. Contudo, não se sentia confortável para dar tal

notícia. Dessa forma, falou para os pais do paciente sobre o serviço de psicologia e solicitou ajuda à praticante.

A conduta da praticante foi a de ouvir, primeiramente, a mãe e o pai de Júnior. Eles estavam bastante ansiosos e preocupados porque o rapaz não falava nada sobre o acidente. Não fazia perguntas e mudava de assunto quando alguém remetia ao acontecido. A mãe achava que ele deveria saber logo do falecimento para poder se defender de possíveis acusações. Angustiada, ela dizia: “O que as pessoas vão falar? Vão dizer que ele foi o culpado!”. Após escutar os temores dos pais, a praticante se dispôs a ouvir o paciente.

Júnior se mostrou receptivo e, conforme havia sido dito pela família, não se referiu em momento algum ao acidente. Falou sobre os estudos, sobre garotas e de como gostava de curtir a vida. Às vezes queixava-se de dores e dizia que queria ir embora. Alguns colegas quiseram lhe ver no hospital mas seus pais rejeitaram as visitas. Preferiram poupá-lo de possíveis constrangimentos. Ele não se importou com o fato, aceitou recebê-los em sua casa.

Rosana e Samuel aguardavam aflitos a saída da praticante do quarto do rapaz: “E aí, falou com ele que o Rodrigo morreu?”. A praticante disse que não e que não caberia a ela ou ao médico dar tal notícia. No seu entender, isto deveria ser feito quando o próprio paciente abordasse o assunto. O que, em sua opinião, aconteceria mais cedo ou mais tarde. A praticante colocou, ainda, que esta tarefa cabia à família e que ela se dispunha a estar com eles naquele momento. Eles se mostraram contrariados mas confiantes na praticante.

Os dias se passavam e os pais do paciente continuavam falando sobre seus medos. Pensavam na família de Rodrigo e em como deveriam estar sofrendo. Júnior era filho único e a possibilidade de perdê-lo era assustadora. O rapaz, por sua vez, começava a falar alguma coisa sobre o acontecido. Dizia que não se lembrava de nada e chegou a perguntar sobre o estado do carro.

Certo dia, o pai do rapaz tomou uma decisão. Mais tranquilo, Samuel disse que conversaria com Júnior e contaria toda a verdade. De fato, o paciente já estava pedindo uma confirmação de algo que, de alguma forma, já sabia. A partir de um vínculo estabelecido, o pai pediu à praticante para estar no momento da notícia e acalmar o rapaz caso fosse necessário. Ela se dispôs a acompanhá-los.

Quando o pai de Júnior começou a dizer que precisava conversar com ele sobre o acidente, o paciente interrompeu e perguntou: “quem morreu”? A mãe começou a chorar mas não disse nada. O pai, emocionado, respondeu que o Rodrigo estava sem cinto de segurança e que não tinha resistido ao impacto. Júnior chorou um pouco, foi abraçado e quis saber dos outros amigos. Sua reação foi relativamente tranquila e surpreendeu seus pais. A praticante

esteve enquanto presença nesse momento e continuou escutando a família até a alta hospitalar.

Durante o período de internação do paciente, o Dr. Amaral perguntou várias vezes para a praticante como estava sendo conduzido o caso. Confiante no acompanhamento psíquico, o médico se sentiu mais confortável nos atendimentos a esta família. Depois desse trabalho em conjunto, a profissional *psi* foi solicitada pelo cirurgião em outras situações.

Na ocasião descrita, coube à praticante o acolhimento, a escuta e o respeito ao tempo do paciente. Afinal, o tempo do indivíduo difere do tempo social e impõe as suas exigências. (SILVA, 2003). Além disso, foi preciso cautela para não responder a demanda da família. Isto porque “não cabe ao psicanalista devolver à família ou ao paciente a harmonia perdida, mas sim possibilitar que eles adquiram mais recursos para lidar com sua angústia.” (MOURA, 2003, p.18). Em outras palavras, o manejo das solicitações aos praticantes no hospital geral é tarefa complexa e que exige prudência tendo em vista a particularidade do um a um.

O enigma de um autista

Normalmente, as pessoas procuram o hospital quando algum sinal no corpo aponta para a possibilidade de uma doença orgânica. Contudo, em conjunto com uma enfermidade física podem estar presentes questões psíquicas que interferem de maneira significativa na compreensão do caso e na condução do tratamento médico.

Pedro era um jovem de 17 anos que desafiou bastante o entendimento do corpo clínico sobre o seu estado de saúde. Isto porque sua verbalização era limitada e porque não atendia aos comandos quando solicitado. Há alguns anos o paciente fora diagnosticado como autista pelos médicos, o que foi aceito pelos seus familiares.

A internação foi devida a uma constipação intestinal importante. As pessoas próximas não perceberam a ausência de evacuações durante um longo período e o problema se agravou. Por causa da sua comunicação restrita, os médicos tiveram dificuldade para fazer o diagnóstico. Com as significativas contribuições da tecnologia, exames foram feitos e eles puderam estabelecer um plano de tratamento.

A solicitação de atendimento psicológico foi feita pela gastroenterologia uma vez que o paciente recusava a se alimentar. Alimentação esta que era extremamente necessária para a sua recuperação. Contudo, Pedro não estabelecia vínculos e, no máximo, acompanhava os médicos com o olhar. Alguns tentaram se aproximar mas as tentativas foram em vão. O jovem

apenas saltava, gritava e tinha “tiques”, o que chamava bastante atenção das pessoas.

A conduta da praticante foi conversar com o gastrologista que solicitou o seu trabalho. Como de costume, ele estava com pressa e disse rapidamente que estava preocupado. Isto porque se Pedro não se alimentasse, seria necessário fazer uma gastrostomia no paciente. Algo incômodo para o rapaz e que poderia lhe trazer complicações médicas que retardariam a sua alta.

Outra atitude da praticante foi conhecer a família de Pedro. Sônia considerava-se uma mãe carinhosa e preocupada com a saúde física e mental do filho. Desde o nascimento da criança procurara se informar e aprender a lidar com ele. Participava de congressos sobre o assunto e de associações de pais de pessoas especiais. A família possuía boa condição financeira e, assim, tentava propiciar todo tipo de assistência ao jovem. Ela acreditava que os pressupostos e as técnicas americanas eram as mais indicadas no trato com Pedro.

Muito exigente, Sônia tinha uma questão com o atendimento do hospital. Ela reclamava da falta de qualificação dos profissionais para lidarem com seu filho. Dizia compreender a dificuldade das pessoas devido às peculiaridades de Pedro mas não concordava com a inabilidade delas. Além disso, argumentava que uma instituição que dizia prezar pela excelência no atendimento deveria estar mais bem preparada para esses casos. Ela reconhecia o carinho e a atenção de alguns profissionais com seu filho mas não se mostrava satisfeita. Sobre a alimentação de Pedro, Sônia não demonstrava muita preocupação. Ela acreditava que a pouca variedade no cardápio da copa era a responsável pelo problema.

A praticante procurou interagir com Pedro mas também não teve sucesso. Às vezes ele sorria mas não se sabia para quem ou para o quê. Sobre os outros familiares, seu pai raramente ia ao hospital e não se implicava muito nas questões do filho. A filha mais nova também não era presente pois parecia ter vergonha do irmão. E, ao contrário destes dois, a avó materna visitava o neto frequentemente e demonstrava afeto por ele.

Observando a dinâmica da família, a praticante percebeu que Pedro se alimentava melhor quando sua mãe não estava presente. Ele aceitava vorazmente alguns alimentos da avó e rejeitava outros. A partir disso, a praticante optou por compartilhar as suas impressões com o psiquiatra que também estava acompanhando o caso. O objetivo era discutir a situação e pensar na conduta mais adequada. Entretanto, ele teve uma iniciativa não prevista pela praticante.

No dia seguinte, a enfermagem estava satisfeita porque Pedro tinha se alimentado bem. Segundo as enfermeiras, o médico psiquiatra havia dito para Sônia retirar-se do quarto nos momentos das refeições. E, por coincidência ou não, o jovem aceitara melhor o alimento

nestas condições. A atitude do médico foi direta e impositiva. Uma maneira de trabalhar diferente daquela proposta pela praticante pois “trata-se de dois campos distintos do conhecimento humano: a Psicanálise e a Medicina, independentes e não coincidentes em seus princípios e em suas práticas.” (COURA, 1996, p.08).

Na observação dos enfermeiros, a princípio, a mãe se sentira desconfortável perante a fala do médico. Todavia, logo aceitara a ordem: “Tudo bem, faço qualquer coisa pelo meu filho”. A conduta da praticante foi escutar Sônia e tentar fazer com que ela revisse o seu relacionamento com o rapaz. Entretanto, a mãe estava certa da qualidade da instituição na qual Pedro fazia tratamento e argumentava ter que trabalhar muito para pagar os seus cuidados. O que, no seu entender, era um esforço muito grande. Pedro morava na tal clínica e ia para casa a cada quinze dias.

O médico ficou satisfeito com a reação do organismo do paciente com a alimentação. Bastava apenas isso para a alta. Embora mais tranqüilo com a evolução do caso, permanecia intrigado: “Não consigo entender esses autistas, são malucos mesmo! A psicologia tem alguma explicação convincente para isso?” A praticante discutiu o assunto com o médico e explicou o seu ponto de vista de acordo com a teoria psicanalítica. Ele achou interessante mas concluiu com o pensamento racionalista: “A ciência ainda vai achar respostas claras para esses problemas”.

Como dito anteriormente, essa situação ilustra a dificuldade das pessoas de lidarem com as particularidades do um a um no hospital. Casos de toxicomania, alcoolismo, psicose e transtornos alimentares são exemplos daquilo que se faz presente na instituição, independente do querer científico. Isto porque não há lugar ou conduta que impeça a subjetividade de mostrar os seus efeitos, de uma forma ou de outra.

2.4 Aos pedidos da enfermagem

A equipe de enfermagem de um hospital geral é composta por técnicos, auxiliares e enfermeiros com graduação superior. As funções exercidas por eles podem ser assistenciais, técnicas ou administrativas de acordo com as qualificações dos mesmos e os setores nos quais estão inseridos. Eles compõem o maior número de profissionais de uma mesma área na instituição e possuem diversas responsabilidades em relação aos pacientes, aos familiares e

aos colegas de trabalho.

Dessa maneira, grande parte das demandas para atendimento psicológico é dos enfermeiros. As jornadas de trabalho são longas, o que possibilita uma proximidade com a rotina institucional. Além disso, eles passam muitas horas em contato direto com os pacientes o que, frequentemente, favorece o estabelecimento de vínculos. Diante de tal presença, torna-se importante para o praticante de psicanálise escutar a classe e as suas percepções sobre os pacientes, as famílias e o dia a dia do hospital.

Não deixe ele sofrer

A presença constante dos enfermeiros nos quartos dos pacientes é inevitável. Eles precisam cumprir as prescrições estipuladas pela equipe médica e, assim, laços sociais são instaurados. Contudo, não cabe a eles solicitar os serviços da clínica de psicologia, por exemplo. Os enfermeiros solicitam à equipe médica que contate os psicólogos. O profissional de saúde responsável pelo doente é o médico e, dessa forma, é ele quem deve fazer as solicitações de atendimentos para as outras clínicas.

Certa vez, ocorreu um pedido de atendimento da equipe de proctologia aos profissionais com escuta psicanalítica. A praticante telefonou para o coordenador da clínica a fim de saber sobre os motivos pelos quais foi solicitado atendimento psicológico para o paciente Reinaldo. A resposta foi: “Acho que é porque ele está triste. Na verdade, foi a Patrícia (enfermeira do setor) que me pediu. Conversa com ela, que ela te explica...”. Ou seja, ele pouco tinha observado os aspectos psíquicos do paciente. Além disso, pôde-se perceber um certo constrangimento do médico diante da falta de resposta para a pergunta. A praticante agradeceu e disse que falaria com a enfermeira.

Apesar da aparente inutilidade do telefonema, devido à falta de informações do médico, posteriormente foi observado que a ligação tivera um efeito. Ele passou a ter um olhar para as questões subjetivas do doente. Alguns dias após o contato, em um encontro nos corredores, Dr. Carlos interrogou: “E aí? O Reinaldo está melhor? Ele anda muito desanimado mesmo”. A impressão, a princípio, foi que a solicitação havia sido feita apenas para atender ao pedido da enfermeira. Contudo, no decorrer da internação, vez ou outra o médico fazia algum comentário sobre o paciente e não somente sobre a sua doença.

Além do contato com o proctologista, buscou-se ouvir a enfermeira Patrícia. Ela falou

bastante de sua preocupação com Reinaldo que, em sua opinião, estava deprimido. Como estava instalado na enfermaria, o contato com a sua família era restrito. Além disso, seu período de internação já passava de dois meses. Ele sofria de um câncer de próstata e a equipe de oncologia estava avaliando o que seria feito após o procedimento cirúrgico.

Patrícia tinha tentado mudar o estado de humor do paciente de várias maneiras sem sucesso. Havia autorizado a família a passar mais tempo com ele, perguntava sobre as suas preferências alimentares e tinha separado Reinaldo de outros doentes para não ser incomodado. Tal conduta confirma os comentários de Mohallem e Souza a respeito da postura de alguns profissionais no âmbito hospitalar:

Estas pessoas, ao serem, de alguma forma, 'tocadas' pelo sofrimento do paciente, vão ajudá-lo, procurando dentro do possível, atender duas demandas, na tentativa de aliviar seu sofrimento. Algumas vezes estas podem ser eficazes, no entanto em outras situações estas respostas não bastam, ou seja, são insuficientes. Em consequência, este outro se sente impotente, podendo dirigir assim uma demanda ao analista. (MOHALLEM ; SOUZA, 2000, p.18).

A praticante se mostrou disponível para ouvir a enfermeira que tinha muito a dizer. Durante a conversa a respeito do paciente, Patrícia falou sobre o falecimento de um irmão com a mesma doença de Reinaldo e como ele havia sofrido. Após acolher a sua dor, a praticante sugeriu a enfermeira que ela trabalhasse essa perda em um local diferente da instituição e com um outro profissional.

Inegavelmente, as questões particulares de cada indivíduo são tocadas no hospital geral. Entretanto, por motivos éticos, consideramos inadequados os atendimentos de funcionários, apesar das constantes demandas de escuta. É preciso cautela ao manejar as transferências mesmo incipientes a fim de manter um posicionamento coerente com as condutas psicanalíticas.

Diferentemente da enfermeira, Reinaldo apresentava-se com poucas palavras. De fato, ele estava entristecido e, com a persistência da oferta de escuta da praticante, ele começou a falar. Disse sobre a “coisa ruim” e do seu medo de deixar a esposa e os filhos pequenos. Tratava-se de uma pessoa humilde, com uma visão bastante pessimista do tratamento e do prognóstico. O diagnóstico era recente e exames estavam sendo feitos para avaliar o estágio da doença. Após quase três meses de hospitalização, ele foi para casa para fazer o tratamento em ambulatório.

Diante da inquietação da enfermeira e da disponibilidade da praticante, os aspectos subjetivos foram considerados. O paciente pôde ser ouvido através de uma relação

estabelecida entre a clínica *psi* e a enfermagem. Além disso, também houve uma certa implicação do médico responsável pelo caso no que se refere à subjetividade do doente, apesar desta não ser a sua prioridade. Neste sentido, cabe ao praticante de psicanálise estar atendo às possibilidades do seu trabalho em um ambiente que tem como primazia o reducionismo científico e o cumprimento das normas institucionais.

Uma auxiliar em apuros

Na situação descrita, apesar do olhar do médico não estar voltado para as questões subjetivas, ele acatou a demanda da enfermeira. De alguma forma, permitiu que o paciente também fosse assistido nos seus aspectos psíquicos. Permissão esta que se mostrou importante para a entrada de outra clínica no caso. Ou seja, pôde-se observar que, na hierarquia hospitalar, as diretrizes dos representantes do saber científico possuem grande influência na condução de cada circunstância.

Os enfermeiros, especificamente, possuem a função de cumprir as exigências dos médicos com o máximo de rapidez e eficiência. Contudo, em algumas ocasiões, eles se deparam com situações que dificultam o cumprimento das normas. E, além disso, precisam contar com a colaboração da equipe médica para realizarem o seu trabalho. Dessa maneira, um problema se instala quando eles não são atendidos nas suas solicitações.

Em determinada ocasião, na UTI estava internada uma paciente com significativa confusão mental. Valdete havia caído do telhado da sua casa e os médicos estavam investigando a possibilidade de um Acidente Vascular Cerebral. Ela estava bastante agitada, sua fala não tinha coerência e agredia todos que dela se aproximassem.

Uma das funções da auxiliar de enfermagem era evitar que Valdete arrancasse os fios e cabos ligados a ela. Tais conexões permitiam a verificação de dados como pressão arterial, pressão intracraniana e frequência cardíaca. Maria Aparecida, a auxiliar de enfermagem, já tinha tentado de todas as formas conter os movimentos da paciente. Sentia-se pressionada para fazer o seu trabalho e, por outro lado, se mostrava incapaz diante da situação.

Angustiado, a funcionária recorreu à enfermeira assistente, sua chefe direta no setor. A profissional alegou que cabia ao médico prescrever uma medicação calmante para a paciente e que ela nada poderia fazer. Sua tentativa, portanto, foi em vão; sentiu-se desamparada.

Bastante desiludida, a auxiliar de enfermagem não sabia como resolver o impasse. Ela

não havia falado diretamente com o médico de plantão pois se sentia constrangida ao fazê-lo. Fato este compreensível tendo em vista a distância existente entre os auxiliares e a equipe médica. O lugar de Sujeito Suposto Saber ocupado pelos médicos, frequentemente provoca uma certa inibição naqueles que não ocupam tal posição. Assim, vencida e exausta de segurar as mãos de Valdete, a auxiliar solicitou à praticante de psicanálise que “fizesse alguma coisa”.

O pedido de ajuda deu-se através de um vínculo estabelecido com Maria Aparecida e com os auxiliares a partir de uma presença no setor. A convivência diária permitiu uma proximidade que possibilitou um grito de socorro. Maria Aparecida sabia que a profissional *psi* nada poderia fazer no que diz respeito às medicações da paciente. Entretanto, ela acreditava que a palavra da praticante teria um efeito seja no comportamento da paciente ou na conduta do médico.

De fato, a palavra teve um efeito. Um efeito para a auxiliar. A praticante se dispôs a ouvi-la e percebeu uma mulher dividida entre o serviço no hospital e a possibilidade de trabalhar em casa com a venda de doces e salgados. Sentia-se angustiada pelo seu turno ser à noite e passar muitas horas longe dos filhos que eram cuidados pela sua sogra. Após falar e escutar a si mesma, finalizou dizendo que tomaria uma decisão até o fim daquele mês.

A escuta das questões da auxiliar de enfermagem possibilitou uma mudança na sua posição subjetiva. Tal conduta da praticante confirma o comentário de Mohallem e Souza sobre o trabalho do profissional na instituição hospitalar:

Essa função, do analista, de escutar, por si só pode ser terapêutica proporcionando uma certa contenção, evidenciando que a pessoa não está sozinha na sua dor, e que ela tem um lugar no desejo de um outro. Além do mais, não se trata apenas de escutar, mas sobretudo de levar quem fala a se escutar. (MOHALLEM; SOUZA, 2000, p. 28).

Diferentemente de Maria Aparecida, Valdete não estava em condições de se expressar através da palavra. De fato, ela se revirava na cama a ponto de quase cair. A angústia da auxiliar era compreensível e procurou-se conversar com a enfermeira assistente. Ela estava bastante ocupada e, conhecendo-a de outras circunstâncias, a praticante optou por falar diretamente com o médico.

Quando procurado, o intensivista falava ao telefone bastante nervoso. Estava irritado com o resultado de um exame que ainda não ficara pronto. A proposta era discutir a situação de Valdete. Ele perguntou se era sobre a doente do box seis e explicou objetivamente que estavam observando a evolução do seu quadro neurológico. A praticante colocou a dificuldade da auxiliar para conter a paciente e que, se continuasse assim, a medição das suas taxas seria

prejudicada. Sugeriu então que se fizesse uma medicação para diminuir a agitação de Valdete, se isto não interferisse na evolução do seu estado clínico. Ele apenas respondeu: “Ta”.

Após atender outros pacientes, a praticante retornou ao leito de Valdete. Ela continuava agitada e a auxiliar havia desistido de tentar segurá-la. Conseqüentemente, os fios estavam desconectados.

Algum tempo depois, o médico passou pelo local e viu o monitor sem os dados. Preocupado com as suas taxas, decidiu injetar uma medicação de baixa dosagem em Valdete apenas o suficiente para acalmá-la e possibilitar o registro dos dados considerados importantes. Não fez nenhum comentário com a praticante ou com a auxiliar de enfermagem. Era um plantonista de difícil contato; a estranheza no seu comportamento era constante. Não se sabe se a sua atitude foi devida à colocação da praticante ou por causa da necessidade de cumprir o protocolo médico.

De fato, os enfermeiros estão submetidos aos dizeres da classe médica. Assim, de acordo com a postura do médico, o trabalho deles é facilitado ou dificultado. Em várias situações, eles não têm autonomia para tomar decisões e se sentem impossibilitados de resolver um problema. Não sendo escutados, buscam alguém que lhes dê atenção. Nestas ocasiões, muitas vezes o praticante de psicanálise é solicitado.

No caso, a praticante acolheu a auxiliar de enfermagem e procurou implicar o intensivista e a enfermeira assistente no problema descrito. Contudo, cabe ao profissional com escuta psicanalítica conduzir cada situação com cuidado. Muitas vezes, é difícil discernir qual a melhor conduta em um espaço em que os aspectos subjetivos se misturam a sobrevivência e às exigências burocráticas.

Bombeiros? Não, não apagamos fogo.

Freqüentemente, a clínica de psicologia é solicitada para fazer atendimentos que poderiam ser evitados se a subjetividade dos pacientes e familiares fosse considerada. É preciso analisar cada demanda e se posicionar de forma clara e condizente com a proposta da psicanálise. Mesmo que para isso seja necessário contrariar certas expectativas dos profissionais na instituição.

Certo sábado à tarde, momento em que os representantes da clínica *psi* não se encontram no hospital salvo em situações de urgência, uma de nossas colegas recebeu um

telefonema em sua casa proveniente da unidade de internação. A ligação foi feita pela secretária do posto de enfermagem a pedido da enfermeira coordenadora do setor. As queixas eram a agressividade e o nervosismo do doente. Ele estava irritado e a equipe não conseguia acalmá-lo.

O acompanhamento psíquico deste paciente já ocorria há mais de um mês. Tratava-se de uma pessoa humilde, com cerca de 65 anos, motorista de ônibus aposentado. O serviço de psicologia foi solicitado devido à tristeza de Alfredo. Acreditavam que estivesse com depressão. Suposição esta, diga-se de passagem, bastante comum no hospital geral.

O motivo da internação foi um acidente de moto com fratura exposta em um dos membros inferiores. Devido a uma infecção no local, a hospitalização foi necessária. O período na instituição já passava de três meses. Ele se sentia bem disposto, porém estava tomando medicação venosa e por isso não podia ter alta hospitalar. Nos atendimentos, sempre dizia sobre a vontade de ir para casa, mas demonstrava certa tranquilidade diante da espera. Às vezes relatava a suspeita de que, se tivesse dinheiro e poder, não estaria ali.

A conduta da praticante foi a de pedir à secretária, pelo telefone, para falar com a enfermeira que solicitou o serviço. A funcionária respondeu que ela estava muito atarefada e que não poderia atender. A praticante pediu que ela retornasse a ligação quando estivesse disponível. Por conhecer o paciente, optou por não ir ao hospital até compreender melhor o que estava acontecendo.

Após quase duas horas, a enfermeira fez contato. Informou que o médico infectologista responsável pelo caso havia dito para o Alfredo na sexta feira, que no sábado pela manhã ele teria alta hospitalar. No entanto, no sábado à tarde, o médico residente afirmou para o paciente que isso somente ocorreria no dia seguinte. O motivo era a necessidade de tomar a última medicação venosa prescrita no fim daquele dia para finalizar o tratamento.

Segundo a enfermeira, foi neste instante que Alfredo se rebelou. Gritou, ficou agitado e agrediu verbalmente a equipe. Eles estavam surpresos com o comportamento do paciente, pois, apesar da tristeza pelo adoecimento e internação, ele era considerado cooperativo e educado com todos. Já tinham tentado explicar o ocorrido mas a sua indignação era grande.

Diante do motivo pelo qual o paciente estava irritado, a praticante decidiu não comparecer ao hospital. Contudo, mostrou-se disponível para conversar com o paciente pelo telefone tendo em vista o vínculo transferencial já estabelecido. A proposta foi no sentido de marcar um posicionamento da praticante em relação às demandas institucionais. Uma posição que dizia sobre a não concordância com a conduta da equipe médica relativa àquela alta. Se os aspectos subjetivos do paciente tivessem sido considerados pelo médico, tal mal-estar poderia

ter sido evitado.

Apesar de a enfermeira saber a razão da indignação do paciente, ela parecia não concordar com seu comportamento. No seu ponto de vista, não havia justificativa para tanto alarde. Assim, tratava-se de um problema para a psicologia. Contrariada com a postura da praticante, a enfermeira disse, então, que a sua presença não era necessária pois o paciente estava sendo medicado naquele momento.

De fato, após a medicação, Alfredo se mostrava calmo ao telefone. Disse que, como não tinha o que fazer, e que sendo ele pobre, a solução era esperar. A conversa não foi muito produtiva pois o efeito dos remédios foi rápido. Na segunda-feira à tarde, a praticante procurou por Alfredo. Soube que ele fora para casa naquela manhã porque, segundo os funcionários responsáveis pela alta, domingo era “um dia muito complicado” em termos burocráticos.

Esse caso ilustra o desafio de sustentar uma conduta coerente com os preceitos da psicanálise no hospital geral. Coube à praticante, lidar com as queixas da enfermagem decorrentes de uma conduta médica inadequada. Com frequência, somos convocados a responder às mais variadas solicitações. Assim, é preciso saber dar voz àqueles que têm o que dizer mas também colocar limites e se posicionar com firmeza diante de determinadas situações. Afinal, o praticante não pode estar “ingênuo” na instituição (MOURA, 2003).

Vítima ou culpada

A enfermagem com graduação superior trabalha, principalmente, como mediadora entre os interesses administrativos e assistenciais. Conseqüentemente, com frequência, é preciso uma tomada de decisão que contraria os superiores ou os inferiores na hierarquia do hospital. Trata-se de um difícil manejo em que as diferenças individuais são facilmente percebidas.

Valquíria era uma enfermeira da UTI coronariana que não tinha o apreço dos seus subordinados. Regularmente, os funcionários se queixavam a praticante de psicanálise da falta de compreensão da chefe e de como ela não tinha delicadeza ao fazer suas solicitações. Consideravam-na autoritária, muito exigente no cumprimento das tarefas, e pouco humana no trato com os pacientes.

Em determinada ocasião, o setor estava com todos os leitos ocupados e com doentes

muito graves. Os profissionais estavam sobrecarregados e as famílias angustiadas. Uma das pacientes era Maria Teresa, uma senhora de 62 anos que se encontrava lúcida e que tinha como diagnóstico a Doença de Crohn. Tal enfermidade é considerada auto-imune e provoca episódios de diarreia com frequência. Dessa forma, era necessário trocar as camisolas da paciente regularmente.

Devido à cronicidade da doença e ao constrangimento que esta causava, a senhora se apresentava além de apreensiva quanto ao seu estado clínico, envergonhada perante as pessoas presentes na unidade. Assim, ela pedia para a auxiliar de enfermagem Rita que cuidasse com muito zelo da sua higiene pessoal.

Certo dia, pouco antes do horário de visitas, Maria Teresa teve um episódio de evacuação. Rita estava fazendo anotações sobre horários e taxas, algo que a enfermeira Valquíria exigia que estivessem sempre em dia. Além disso, relatórios tinham que ser preenchidos e a auxiliar não tinha muita agilidade na escrita. Ela estava no setor farmacêutico pedindo material para os cuidados da paciente quando as famílias foram liberadas para visitar seus parentes.

Neste instante, uma confusão aconteceu. Os familiares de Maria Teresa entraram no box e perceberam o odor no ambiente. A paciente, bastante desconfortável, tentou acalmar os seus filhos. Mobilizados pelo constrangimento da mãe, procuraram a enfermeira do setor e exigiram satisfações. Eles estavam muito irritados e buscavam um culpado pela situação.

Valquíria deu total razão para os rapazes e procurou Rita com o olhar. Quando esta chegou ao local, percebeu a tensão no ambiente e escutou a cobrança agressiva de Valquíria. Perante todos, a enfermeira responsabilizou de forma grosseira a auxiliar pelo mal-estar e disse, com muita educação para a família, que isto não voltaria a acontecer.

A auxiliar de enfermagem retirou-se da UTI e pediu que uma colega cuidasse de Maria Teresa. Neste instante, a praticante de psicanálise foi chamada. Os outros auxiliares ficaram comovidos com o acontecido e pediram ajuda. Rita estava chorando muito, tremia, suava frio e dizia que nunca havia sido tão humilhada em toda a sua vida. Não era a primeira vez que se sentia assim por causa da enfermeira chefe.

Os demais auxiliares também estavam indignados com a postura da superior e pediam que a praticante tomasse alguma atitude. Esta demanda era baseada em um vínculo já estabelecido com eles devido à presença do profissional *psi* no setor. Eles acreditavam que a praticante poderia conversar com o coordenador da UTI a fim de impedir o trabalho de Valquíria na unidade. Na visão dos auxiliares, a praticante teria poderes suficientes para modificar esta situação.

A conduta da praticante foi escutar as reclamações e após, de certa forma esvaziar esta necessidade de fala, perguntou: “O que vocês já fizeram para reverter este quadro”? Neste momento, um silêncio aconteceu. O tempo era curto e eles voltaram para as suas tarefas.

Uma atenção especial à Rita foi dada pela praticante. Ela falou sobre a perda da mãe quando criança e que cuidara dos seus quatro irmãos mais jovens. Sentia-se muito cobrada pelo pai que trabalhava para sustentar os filhos. Ele era muito perfeccionista e exigia que ela também fosse assim nas suas obrigações. Depois do acolhimento, foi sugerido à Rita que procurasse um tratamento psicanalítico a fim de trabalhar suas questões.

Para a satisfação dos auxiliares, a enfermeira mantinha um contato difícil não apenas com os funcionários do setor mas também com os seus superiores. Além disso, um pequeno grupo de auxiliares da UTI procurou o médico coordenador da unidade e reclamou da enfermeira. Alguns meses após o ocorrido, Valquíria foi substituída por outro profissional.

É importante ressaltar que no hospital há um entrelaçamento entre as relações estabelecidas – paciente, família, equipe – e as normas necessárias ao seu funcionamento (CARVALHO, 2008). Na situação ocorrida, pôde-se observar com clareza tal entrelaçamento. Coube à praticante saber manejar o vínculo transferencial com os auxiliares de enfermagem tendo em vista as suas queixas. Houve um convite para ser porta voz das suas reivindicações. Entretanto, é preciso cautela. A conduta da praticante foi fazer com que os auxiliares escutassem as suas próprias vozes. Foi necessário acolher as suas angústias mas não responder às suas demandas. Trata-se de um difícil cálculo tendo em vista a luta pela vida e a complexidade do ambiente hospitalar.

Uma internação sem justificativa médica

A presença da burocracia no hospital geral é significativa e atinge todos na instituição, sejam os usuários ou os prestadores de serviço. Contudo, em alguns casos, os impasses burocráticos assumem um lugar determinante no período de hospitalização do paciente.

Sr. Eustáquio estava internado acerca de cinco meses. Ele tinha uma doença muscular grave que lhe causava muitas limitações. Não conseguia ficar de pé, segurar o telefone ou mudar o canal da televisão. A síndrome também provocava insuficiência respiratória pois afetava os músculos dos pulmões. Ele respirava através de um aparelho ao qual estava bem adaptado e que podia ser utilizado em sua casa. Em outras palavras, não havia justificativa

médica para a sua presença no hospital.

Entretanto, a solicitação de atendimento psicológico por parte da enfermagem não teve como motivo o longo período de internação do senhor. O incômodo da equipe era com Rosa, a esposa do paciente. Segundo a enfermeira, ela era bem mais jovem que o marido e as discussões entre eles eram freqüentes: “Ela é muito nervosa, fala alto e está incomodando todos aqui”.

A conduta da praticante foi atender individualmente o marido e a esposa. O aparelho utilizado pelo Sr. Eustáquio impedia que o som da sua voz saísse. No entanto, era possível compreender com clareza sua fala através da leitura labial. Dessa forma, foi possível que ele expressasse seus sentimentos. Falou sobre a falta que sentia dos seus passarinhos e da comida caseira. Sobre a mulher, dizia apenas que a amava muito. Quanto a sua doença, demonstrava uma certa resignação depois de tantos anos convivendo com o aumento gradativo das restrições. O que era presente na sua fala, de fato, era a saudade de sua casa.

Diferentemente do paciente, Rosa falava bastante. Queixava das ofensas do marido e dos nomes vulgares a ela dirigidos. Tinha pouco estudo, vinha do interior e seu tom de voz era realmente alto. Disse sobre a descoberta da doença do marido há mais de quinze anos, e como isso havia afetado a vida deles, principalmente no aspecto sexual. A diferença de idade era motivo de ciúmes e desentendimentos constantes. Um outro assunto recorrente em seu relato era a ausência no hospital dos filhos dele de um primeiro casamento e de como ela se sentia responsável pelo seu estado de saúde. Não conseguia deixá-lo com outra pessoa e se sentia muito culpada nos raros momentos em que o fazia. O extenso e desgastante período de internação do paciente parecia interferir bastante na relação do casal.

Ao longo de vários atendimentos, as brigas entre eles diminuíram. Rosa contratou uma pessoa de sua confiança para ficar com o marido em alguns períodos. Passou a tomar banho na sua casa e a visitar a neta que acabara de nascer. Não respondia mais às provocações do paciente que aos poucos foram acabando.

Rosa tentou levar o marido para casa várias vezes. Apesar da pouca instrução, esforçou-se ao máximo para a sua alta. Ela insistiu para que aos médicos fizessem relatórios, discutiu nos convênios e fez inúmeras ligações sem sucesso até que se sentiu desencorajada a lutar pela sua desospitalização. O plano de saúde alegava que nunca houvera situação como aquela e que por isso estava difícil autorizar o “Homecare” (assistência de saúde domiciliar). Solicitações, queixas e declarações foram feitas sem resultado rápido. Sr. Eustáquio permaneceu hospitalizado por mais alguns meses.

A situação descrita ilustra o poder da burocracia na instituição hospitalar. Pôde-se ver

claramente a ausência de voz do paciente, da família e da equipe diante do problema. Coube à praticante disponibilizar a sua escuta de forma que os envolvidos lidassem de melhor maneira com o impasse a resolver. O cumprimento das normas é uma lei a que todos estão submetidos. Além disso, uma questão maior se instala quando não há protocolos para determinadas situações. As exceções e os casos particulares não têm espaço nas regras institucionais.

Magra e bonita

A doença do Sr. Eustáquio, no caso acima, não constava nas normas do seu plano de saúde e, segundo os funcionários, isto inviabilizava o atendimento das suas solicitações e as de sua família. Ou seja, o que está fora dos procedimentos da organização é descartado. De maneira semelhante, uma determinada posição subjetiva inesperada do paciente pode interferir bastante no funcionamento de um setor e isto causar problemas.

Era um dia de trabalho comum no hospital quando a praticante foi chamada pela secretária do bloco cirúrgico: “Estamos com um problema, a paciente Marli não quer operar”. A ligação foi feita a pedido da enfermeira que informou tratar-se de uma cirurgia de redução de estômago com o objetivo de emagrecimento.

Marli era uma obesa mórbida que tinha se internado naquele dia para a intervenção cirúrgica. Tudo estava preparado para o procedimento. Bastava apenas a chegada do médico para o processo começar. Entretanto, a paciente encontrava-se visivelmente nervosa e dizia que não iria operar porque tinha medo de morrer. Estava sentada no canto do vestiário, encolhida, roendo as unhas, e vestida apenas com a camisola hospitalar que lhe deixava bastante exposta. Além de temer a cirurgia, não andava de elevador e, apesar do excesso de peso, havia subido vários andares até chegar à unidade.

A praticante foi ao seu encontro disposta a ouvi-la. Ao ser convidada a falar sobre os seus medos e perguntada sobre os motivos pelos quais optara pela cirurgia, ela apenas respondeu que sofria muito com o preconceito das pessoas. Além disso, achava que o marido a traía porque estava gorda e gostaria de ter maiores condições de acompanhar o crescimento da filha de quatro anos. Havia feito cerca de três consultas psicológicas no pré-operatório e conversado com algumas pessoas que passaram pela gastroplastia. A praticante esteve com ela por algum tempo e, apesar da pouca verbalização, percebeu que a presença de alguém naquele momento era importante.

O único parente presente no hospital era sua cunhada que lhe apoiava na cirurgia. A praticante optou por conversar com a enfermeira Priscila e sugerir que sua cunhada permanecesse com a paciente dentro do bloco cirúrgico. A enfermeira compreendeu a situação e permitiu que uma exceção fosse feita. Apesar de repetir constantemente que tinha medo da cirurgia, Marli também se recusava a sair do setor e a desistir do procedimento. Era a terceira vez que ela se internava com este objetivo.

Outra conduta da praticante foi pedir à Priscila que lhe avisasse quando o médico chegasse ao bloco cirúrgico, pois gostaria de conversar com ele antes de qualquer decisão da paciente. A intenção era discutir o caso com o cirurgião, saber sua opinião sobre a paciente e questionar o momento da cirurgia. Contudo, a tentativa de diálogo foi em vão.

Após um período sem notícias, a praticante retornou ao setor e a enfermeira lhe disse que não havia dado tempo de lhe chamar. O médico havia chegado com pressa e tinha convencido Marli de operar. Segundo ela, o cirurgião disse: “Deixa de ser boba! Você não quer ficar magra e bonita não?”.

No dia seguinte, a praticante foi ver a paciente. Estava bem fisicamente e se dizia satisfeita por ter se operado. Considerava uma vitória ter passado pelo processo. Aparentemente mais tranqüila, não se mostrou disposta a falar de suas questões. Mesmo sem demanda, a praticante sugeriu a paciente que, caso ela sentisse necessidade, não deixasse de procurar um profissional *psi*. Após três dias de internação, Marli teve alta hospitalar.

De fato, a posição subjetiva da paciente no bloco cirúrgico interferiu no andamento da unidade. Contudo, não o suficiente para modificar o protocolo vigente. Pôde-se observar que a transferência estabelecida com o médico cirurgião e o lugar de suposto saber ocupado por ele foram determinantes para que o bloco cirúrgico continuasse funcionando como deveria. Em outras palavras, era do interesse do representante do saber científico e da instituição que a cirurgia da paciente acontecesse.

Diante deste contexto organizacional, coube à praticante tentar questionar as certezas de Marli sobre a realização da cirurgia. A proposta desta intervenção foi fazer com que ela revisse as suas escolhas. Todavia, indiscutivelmente, o vínculo transferencial da paciente não era com a profissional com escuta psicanalítica.

Aqui, cabe o questionamento de Granha (2000) sobre a prática do psicanalista no hospital geral: “Como operar com a transferência se o suposto saber é a instituição?”. A própria autora responde que “é possível estabelecer um vínculo transferencial em alguns casos, o que nos leva, no *a posteriori*, a poder falar da presença do psicanalista no hospital geral.” (GRANHA, 2000, p.85). Infelizmente, na situação descrita, não foi possível avaliar

um suposto efeito no *a posteriori*. O hospital possui características peculiares que influenciam no trabalho do praticante e, sem dúvida, o tempo é uma delas.

Quanto à conduta da praticante em relação ao médico e a enfermeira, optou-se por uma postura de não diretividade quanto à realização da cirurgia. Tal posição diz de um cuidado em relação às escolhas da paciente. Procurou-se fazer com que a subjetividade de Marli se fizesse presente e que ela não apenas seguisse o protocolo do setor. Em outras palavras, foi uma tentativa de colocar uma pausa na pressa do cotidiano. (MOURA, 2003). Contudo, pode-se concluir que a força exercida para a manutenção do chamado sistema é significativa e que interferir neste funcionamento coloca-se como um grande desafio.

Uma aposta no bloco cirúrgico

Como visto na situação anterior, o praticante de psicanálise enfrenta muitos obstáculos na instituição hospitalar. Indiscutivelmente, o seu trabalho é atravessado por inúmeras variáveis que dificultam o exercício da sua prática. Entretanto, também se observa que em algumas ocasiões a subjetividade dos pacientes e familiares pode ser considerada.

O caso de D. Cleusa ilustra a possibilidade dos aspectos subjetivos serem levados em conta no hospital geral. Ela era cardiopata há bastante tempo e já havia sofrido, inclusive, uma endocardite quando jovem. Residia no interior, tinha 5 filhos e sua família era muito religiosa. Aos 72 anos, a cirurgia cardíaca foi inevitável. Seu estado de saúde era grave e este era seu último recurso. Quando estava internada no bloco cirúrgico para tal intervenção, a paciente pediu à equipe de enfermagem que seu marido entrasse para vê-la, procedimento que não acontece no cotidiano do setor.

Desconfortável, a enfermeira Liliam solicitou o serviço de psicologia. Ela gostaria que a praticante entrasse na unidade e conversasse com D. Cleusa sobre a inviabilidade do seu pedido. Segundo Liliam, a entrada do marido da paciente poderia causar muitos transtornos no ambiente. Ele teria que tomar as precauções contra infecções, talvez questionasse a necessidade da cirurgia e o encontro do casal poderia “abalar emocionalmente os profissionais”.

A conduta da praticante foi a de escutar a queixa da enfermeira e, também, o pedido de D. Cleusa. A paciente falou sobre os quarenta e tantos anos de relacionamento conjugal e sobre o sentimento de que “a sua hora estava chegando”. Com serenidade, disse que era muito

satisfeita com a sua família e com tudo o que havia realizado em sua vida. Há quatro dias sem ver o marido por causa da distância, expressou a vontade de despedir-se do companheiro que chegara há pouco no hospital. O relato da senhora confirma o comentário de Barros (2000) de que “a palavra do sujeito é singular e é o elo entre a sua história e a de sua enfermidade”. (BARROS, 2000, p. 91).

Após acolher D. Cleusa, a praticante procurou discutir o caso com a enfermeira. Explicou os motivos pelos quais a paciente gostaria de ver o marido e disse que, na sua visão, isto não interferiria no funcionamento do setor. A senhora aparentava relativa tranquilidade e o encontro do casal seria importante para toda a família, já conhecidos da profissional *psi*. Algo vacilante, Liliam titubeou e delegou a decisão para o médico. Disse que ela não veria empecilhos se o cirurgião estivesse de acordo.

Assim, a praticante optou por conversar com o responsável pelo caso. Dr. Bonifácio era um médico experiente e de fácil contato. Embora estivesse envolvido com exames e conversando com os residentes, ele deu ouvidos à praticante. Perguntou apenas se a “visita” seria rápida. A praticante respondeu que provavelmente sim. Não foi necessário aprofundar no assunto para que ele logo consentisse com a entrada do Sr. Paulo no bloco cirúrgico. Afinal, ele sabia do risco cirúrgico de D. Cleusa e também tinha alguns entraves burocráticos para resolver antes de iniciar o procedimento.

O Sr. Paulo entrou no setor e, conforme previu a enfermeira, houve uma comoção. De fato, algumas situações afetam de maneira peculiar os profissionais no hospital. (MOURA, 2003). A paciente e seu marido se abraçaram, choraram um pouco e sussurraram segredos. Não demoraram pois não havia muito mais a ser dito. Ao sair da unidade, ele foi acolhido pelos filhos, noras, genros e netos. D. Cleusa contou com a presença da praticante até o início da cirurgia.

A operação aconteceu de acordo com o previsto pelos médicos e a paciente foi para a UTI. Contudo, sua saúde estava debilitada e ela não resistiu. Dois dias após a realização da intervenção seu quadro se agravou e ela veio a falecer. O último contato do casal foi no bloco cirúrgico.

Na situação descrita, a voz de D. Cleusa foi ouvida. Apesar da solicitação da enfermeira ter sido no sentido de silenciá-la, a praticante apostou na possibilidade dos aspectos subjetivos serem considerados. É inegável que uma série de fatores colaborou para que seu pedido fosse atendido. Isto porque, facilmente a enfermagem ou o médico poderiam privilegiar o tempo, os papéis ou o sistema em detrimento da subjetividade da paciente. A possível negativa da enfermeira provavelmente deu-se mais em função da quebra do

procedimento dos protocolos do que, realmente, o que ela alegou, qual seja o abalo emocional, embora esse efetivamente tenha ocorrido mas, não tão grave a ponto de inviabilizar a escuta do desejo da paciente. Coube à profissional *psi* intervir junto à equipe a fim de possibilitar a inclusão de aspectos que são excluídos pelo reducionismo científico e que não se encontram presentes nos protocolos do setor.

3 OS DISCURSOS E A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O objetivo do segundo capítulo dessa dissertação foi o de descrever o dia a dia de uma instituição hospitalar. Através das vinhetas clínicas, pôde-se verificar a complexidade de um ambiente que tem como foco a cura e a manutenção da vida. Trata-se de um espaço em que os sofrimentos físico e psíquico são intensos e no qual a ciência e a tecnologia são grandes aliadas na luta pela sobrevivência.

Contudo, o enfoque desta investigação não é a angústia dos pacientes pelo adoecimento ou a dificuldade dos médicos em salvar vidas. O relato dos fragmentos de casos tem o intuito de focalizar, de modo específico, as relações estabelecidas no hospital. Além disso, a escrita das vinhetas objetiva, principalmente, apontar para uma certa desarmonia, um certo descompasso, presente em todas as situações descritas. Trata-se de algo difícil de lidar e que é motivo de constantes desentendimentos no contexto médico. Isto pôde ser visto claramente quando a filha de um paciente não quis levar seu pai para casa (p.39) ou quando a diretoria da instituição demandou à clínica de psicologia que elaborasse um protocolo para pacientes com transtornos psiquiátricos (p.48).

Todavia, esta certa desarmonia nas relações não é vista somente nos enlaçamentos estabelecidos no hospital geral. A dificuldade dos relacionamentos entre os homens encontra-se presente desde os primórdios da humanidade e ainda hoje é alvo de estudos constantes que se debruçam em torno de como os laços sociais se constituem e se desfazem. Freud, nos seus cinco textos sociológicos: “Totem e tabu”, “Psicologia das massas e análise do eu”, “O mal-estar na civilização”, “O Futuro de uma ilusão” e “Moisés e o monoteísmo”, trouxe contribuições significativas não somente sobre o entendimento dos liames sociais mas também sobre a instituição dos homens enquanto comunidade.

Em “Totem e tabu” (1912/1913, 1996), Freud trabalha um mito fundador para falar da passagem do estado da natureza para o estado da cultura. Ele coloca que na horda primitiva há um estado de desorganização, de caos. Todos lutam contra todos pois não existe lei ou qualquer tipo de razão. Um pai rigoroso e ciumento detém não apenas o poder como todas as mulheres. Consequentemente, ele é invejado pelos seus filhos que são expulsos da horda. Em uma atitude puramente instintiva e impulsiva, eles assassinam e devoram o pai. Os machos agem dessa forma com o intuito de copular com as mulheres e satisfazer o desejo sexual.

Com o assassinato, há o espetáculo do festim em que o excesso é permitido. Há uma comemoração pela morte daquele que impedia a realização dos instintos sexuais. Todavia,

todos sentem a perda e um sentimento de ambigüidade se instala. Neste instante, verifica-se uma relação de amor e ódio com o pai. Ao mesmo tempo em que ele é idolatrado e amado, também é temido e odiado. Neste sentido, Miller (1988) afirma que “nessa obra, Freud aproxima, em forma de mito, à função do pai na experiência analítica”. (MILLER, 1988, p.13). Isto porque esse sentimento de ambivalência é facilmente percebido no ser falante. Motivo de grande sofrimento, ele é visto com frequência nos consultórios de psicanálise.

Retomando a hipótese de trabalho freudiana, diante do falecimento do pai ocorre a luta de todos contra todos pelas mulheres. Há guerra pelo lugar de liderança e um caos se instala. Neste instante, algo da ordem da natureza ocorre e o pai assassinado é apresentado como vivo na figura de totem. Eles reconhecem que o pai vivo está ali e este objeto se torna totem. Há uma identificação entre os membros do clã e o pai morto passa a viver no simbólico. Ele ressurge como lei e a idéia da proibição do incesto se instala como forma de manutenção da vida. Trata-se de uma forma de evitar a morte uns dos outros e o fim do bando. A saída encontrada pelos machos para ter as mulheres é trocá-las com outros grupos. Consequentemente, a lei se espalha e a racionalidade se expande. (LÉVI-STRAUSS, 1982).

Neste sentido, o pai primevo, detentor do poder, passa a ser considerado Deus. Através de uma contingência da natureza (um raio ou um trovão) ele vive entre os vivos e se torna líder. Os integrantes do clã reforçam sua identificação com o substituto do pai, com o animal totêmico, com Deus. Em outras palavras, é a introjeção da lei que impede um estado de caos e permite a instauração da cultura.

Dessa forma, a civilização nasce a partir de um recalque original. Recalque este entendido como um processo pelo qual o sujeito visa manter no inconsciente idéias e representações ligadas às pulsões. (ROUDINESCO, 1994). Isto porque a renúncia pulsional é necessária para uma certa organização civil. Assim, o ritual da festa, da comida e da bebida, repete-se e sustenta a cultura. Algo que pode ser visto nas cerimônias religiosas, como a comunhão católica. Há uma repetição do assentimento à lei nos indivíduos de forma a reforçar a proibição do incesto e a manter o não, imposto pelo pai. Trata-se de uma negativa necessária a cada criança para que se estabeleça a neurose e os laços sociais.

Assim, na visão de Freud, é preciso uma contenção das pulsões para a vida em sociedade pois os homens não são capazes de se organizar de maneira harmônica e espontânea. Isto porque existe algo que resiste à racionalidade e à lógica humana. Trata-se de uma força avassaladora que precisa ser contida de alguma forma, para a possibilidade de uma certa convivência entre os seres humanos. Dessa maneira, a introjeção da lei é de extrema importância para a instituição da ordem. Contudo, ela não é de todo suficiente.

Na obra “O mal-estar na civilização” (1929/1930, 1974), Freud discute a incompatibilidade insolúvel entre as exigências da pulsão e as restrições da civilização. Segundo ele, são muitas as “discrepâncias existentes entre os pensamentos das pessoas e as suas ações”. (1929/1930, 1974, p. 81). Isto porque existe algo que é da ordem do inconsciente e que faz com que as pessoas ajam de forma contrária às suas intenções conscientes. Algo este que escapa à razão e que não pode ser controlado através dos recursos racionais humanos.

Consequentemente, foi necessário ao indivíduo pagar um preço para a passagem da horda ao estado. De acordo com Freud, “o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma parcela de segurança.” (1929/1930, 1974, p. 137). Aqui, a felicidade pode ser entendida como a liberação da libido e a segurança como a manutenção da ordem. Ou seja, o homem teve que abdicar de parte da realização dos seus instintos para garantir a sua sobrevivência.

Assim, concordando com o legado freudiano sobre a noção de pai e a necessidade da aceitação da lei para uma vida civilizada, o psicanalista francês Jacques Lacan desenvolve o conceito de grande Outro ou grande A. Um conceito que traz contribuições significativas para o entendimento dos laços sociais e por isso é de grande valia para esta dissertação. Ele perpassa toda a obra lacaniana e possui diferentes vertentes. Todavia, é importante ressaltar que independente do seu enfoque, ele se difere do chamado pequeno outro, ou pequeno a. Isto porque esse último refere-se principalmente ao semelhante, ao simétrico, ao recíproco, ao eu do imaginário.

Aqui, enfocaremos a modalidade do grande Outro lacaniano como semelhante ao pai primevo da horda primitiva. Trata-se daquele que detém o poder e que, ao se tornar divino, passa a ser aquele que tudo sabe, que possui a onisciência. É ele quem tem as respostas para as dúvidas e quem pode trazer conforto diante do sofrimento intenso. Por outro lado, também é ele quem instaura a falta na medida em que há a introjeção da lei. Ele é o Outro da decência, das proibições e das inibições.

O assentimento do não propicia o recalçamento dos instintos e coloca uma barra no sujeito. Sujeito este que passa a ser dividido, castrado, cindido e, portanto, bastante diferente do Outro absoluto. Através da lei, esse sujeito se vê como falta, buraco, hiato e busca incessantemente algo que lhe diga sobre sua castração. Consequentemente, ele recorre a um suposto grande Outro na tentativa de encontrar a verdade da sua existência. Neste sentido, esse Outro passa a ocupar o lugar de alguém que pode decidir a significação do ser falante. Ou seja, ele pode ser supostamente encontrado em um mestre, um amo, um padre, o analista ou a própria mãe. O fato é que um suposto saber é depositado nestas figuras colocadas como

Outro.

Assim, é através do não do pai, da aceitação da lei, que se dá a entrada do sujeito no universo simbólico. Um campo que também é chamado linguagem, cadeia de significantes ou saber. Ele contém a presença de todos os sons fonemáticos da língua e se constitui através do dicionário e da gramática. Além disso, apresenta “um lado individual e um lado social, sendo impossível conceber um sem o outro”. (SAUSSURE, 1979, p.15). Em outras palavras, ele possui algo da ordem da singularidade do sujeito que é individual, pessoal e heterogêneo e que é denominado fala. Em contrapartida, possui um lado homogêneo que permite uma certa comunicação entre os seres falantes. A isso damos o nome de língua.

A língua é composta por um sistema de signos lingüísticos. Estes, por sua vez, são estabelecidos pela união de um conceito com a sua imagem acústica. Para evitar possíveis confusões, estes últimos foram substituídos por significado e significante respectivamente por Saussure no seu “Curso de lingüística geral” (1979). Lacan reconhece a pertinência das formulações do lingüista mas discorda dele no que se refere à importância do significante. Lacan valoriza esse último na medida em que ele não é uma simples referência ao significado. Ele apresenta um caráter relativo, de relação, que vai além de uma linearidade suposta entre significante e significado. (CABAS, 1982).

De acordo com a teoria lacaniana, são necessários no mínimo dois significantes para a formação de uma cadeia significante. Ou seja, é diante de um contexto, da relação entre os significantes e de um ponto final que a comunicação se dá. Isto porque somente um segundo significante fornece um significado para um primeiro significante por retroação, *a posteriori*. O significado se dá através de um efeito do significante. Tal idéia pode ser melhor compreendida através do exemplo abaixo.

Na vinheta clínica “O medo de ser seca” (p.35), descrita no tópico 2.1, a paciente disse à praticante: “Não tem jeito mais, eu sou seca...”. Rapidamente, a praticante compreendeu o receio da paciente em não poder ter filhos tendo em vista o motivo da sua hospitalização e a sua relação com o marido. Contudo, se ela dissesse apenas “não tem jeito mais” para uma pessoa fora do ambiente hospitalar e que não soubesse da sua situação, esta poderia especular várias possibilidades para a sua fala. Poderia pensar que um ente querido dela estava prestes a falecer, que o seu filho era um usuário de drogas sem chances de recuperação ou que ela já tinha tentado passar várias vezes no vestibular sem sucesso. Naturalmente, esta pessoa procuraria pistas, significantes, para compreender a fala da mulher ou esperaria que ela lhe explicasse melhor os seus sentimentos. Ou seja, é preciso um contexto ou no mínimo dois significantes para que se estabeleça uma significação.

Um outro ponto a ressaltar é a palavra “seca”. No caso, ela se refere há uma possível esterilidade. Entretanto, a paciente poderia ter dito palavras como fraca, murcha ou doente. Ou seja, “o laço que une o significante ao significado é arbitrário”. (SAUSSURE, 1979, p.81). Conseqüentemente, o signo lingüístico é arbitrário, é convencional. A estrutura linguageira possui uma seqüência temporal e trabalha sob o regime de metáforas e metonímias. Regimes estes que são entendidos como deslocamento e condensação respectivamente e que permitem uma certa mutabilidade e maleabilidade entre aquele que fala e aquele que escuta.

Dessa maneira, o significante não contém o significado em si. É preciso um contexto, uma relação, para que o significado se dê. Há algo da ordem do sem-sentido que dificulta o processo da comunicação e que pode aparecer através da cadeia significante. Assim, “o significante atua sobre o significado, e inclusive, em um sentido radical, o significante cria o significado, e é a partir do sem-sentido do significante que se engendra a significação”. (MILLER, 1988, p. 21).

A partir destas proposições, Lacan apresenta uma outra vertente do grande Outro. O termo passa a designar “o lugar de operação da linguagem”. (LACAN, Proposição de 9 de outubro de 1967, 2003, p.252). Trata-se do lugar da palavra, da estrutura e de todas as determinações do sujeito. Isto se deve ao fato de que a cadeia significante possui exigências e uma lógica própria. Ou seja, há uma primazia da cadeia que leva o sujeito a pagar um preço para entrar no campo simbólico na medida em que “a estrutura significante, tem um efeito de desvitalização sobre o corpo, mortifica-o”. (MILLER, 1988, p. 24). Assim, o homem tem que abdicar de parte dos seus instintos para interagir com os seus semelhantes. Um processo parecido com aquele necessário para a passagem da horda ao estado.

Dessa forma, o registro simbólico se coloca como fundamental para o estabelecimento da ordem e se coloca como uma estrutura mediadora nas relações civilizadas. Diante da necessidade de um pai, de uma lei ou de um não que coloque limites na agressividade humana, Lacan afirma que a palavra possui uma função pacificadora e reguladora entre os sujeitos. Ou seja, trata-se de um instrumento essencial para a convivência em sociedade.

Contudo, a linguagem apresenta limites. Por mais que os seres falantes se esforcem para uma comunicação perfeita, há algo que sempre escapa. Isto porque os significantes nada mais são do que semblantes. Eles fazem os sujeitos acreditarem que encontraram nomes para aquilo que é da ordem do inominável. Por este motivo “o sem-sentido é precisamente criador de significação” (MILLER, 1988, p.29). Esse processo pôde ser visto no caso da paciente que utilizou o significante “seca” para dizer do medo de ser estéril. Uma possibilidade que lhe causava extremo sofrimento e que era da ordem do insuportável. Isto que é essencialmente

inadaptável, que se faz presente apesar da racionalidade humana e que não encontra representação na linguagem, foi denominado por Lacan de real.

Aqui cabe distinguir a realidade do senso comum do real lacaniano. O primeiro se refere à realidade factual, àquilo que é concreto e que pode ser descrito pelo registro simbólico. Diferentemente, o real apontado por Lacan não se conhece, se demonstra. (BADIOU, 1999). Ele resiste a qualquer tentativa de racionalização. Trata-se de um transbordamento de angústia que é da ordem do indizível para o sujeito. Assim, diante de tamanha dor, os significantes se apresentam como um mal necessário. Ao mesmo tempo em que amenizam o sofrimento do sujeito, eles prendem-no a determinados nomes que não dizem de toda a sua verdade.

Neste sentido, há uma ambigüidade fundamental, uma duplicidade na linguagem falada. Ela permite uma certa comunicação que favorece o estabelecimento de enlaçamentos sociais o que, como visto, é essencial para a vida em sociedade. Por outro lado, a verdade não é completa. Não há uma linearidade pois “a verdade, nunca se pode dizê-la a não ser pela metade.” (LACAN, 17-12-1969/1992, p.36). Verdade esta que se refere à castração do sujeito e à sua impotência na medida em que ele é falta-a-ser.

Dessa maneira, há uma disjunção entre a verdade e o saber. Não existe encontro possível entre a falta do sujeito e a cadeia significativa pois algo se perde na comunicação. O enunciado, a instância do simbólico, aquilo que é consciente, permite um entendimento parcial das mensagens. Isto porque existe o que é da ordem da enunciação, do que é inconsciente, que não é dito e que interfere na transmissão das idéias. Portanto, há uma dificuldade inerente à comunicação e que é definida com clareza por MILLER (1988):

O outro é o grande Outro (A) da linguagem, que está sempre já aí. É o outro do discurso universal, de tudo o que foi dito, na medida em que é pensável. Diria também que é o Outro da biblioteca de Borges, da biblioteca total. É também o Outro da verdade, esse Outro que é um terceiro em relação a todo diálogo, porque no diálogo de um com outro sempre está o que funciona como referência tanto do acordo quanto do desacordo, o Outro do pacto quanto o Outro da controvérsia. Todo mundo sabe que se deve estar de acordo para poder realizar uma controvérsia, e isso é o que faz com que os diálogos sejam tão difíceis. Deve-se estar de acordo em alguns pontos fundamentais para poder-se escutar mutuamente. ... É o Outro da palavra que é o alocutário fundamental, a direção do discurso mais além daquele a quem se dirige. A quem falo agora? Falo aos que estão aqui e falo também à coerência que tento manter. (MILLER, 1988, p. 22).

O autor afirma tentar manter uma coerência na sua comunicação. Trata-se de apenas uma tentativa na medida em que não existe possibilidade de um completo entendimento entre

aquilo que é dito e aquilo que é ouvido. Não há uma correlação perfeita entre um significante e um significado. Consequentemente, esta impossibilidade está presente em todos os laços sociais e explica “esse mal-entendido que, na espécie humana, as relações sexuais se constituem.” (LACAN, 17-12-1969/1992, p.34).

A inexistência das proporções sexuais refere-se, portanto, a esta desarmonia que está na essência da comunicação. Isto se deve ao fato de que toda relação é faltosa e assim não há encontro subjetivo possível entre dois seres falantes. O que não significa dizer que não exista o ato sexual instintivo, físico e com fins reprodutivos. Não existe relação sexual porque não há complementaridade entre os sexos. Em outras palavras, “o significante não é feito para as relações sexuais. Desde que o ser humano é falante, está ferrado, acabou-se essa coisa perfeita, harmoniosa, da copulação, aliás impossível de situar em qualquer lugar da natureza.” (LACAN, 17-12-1969/1992, p.34).

Assim, através da linguagem como função e campo, Lacan aponta a inexistência da proporção sexual e do grande Outro. Segundo ele, não há relação sexual sustentada por um Outro. Aquele Outro único, singular, poderoso, referência para tudo e para todos, não existe. O pai primevo freudiano de “Totem e Tabu” que propicia a castração e o estabelecimento de laços sociais se perdeu. Neste sentido, o equívoco de acreditar que o significante corresponde ao significado consagra a inexistência do Outro. (MILLER, 1998).

O Outro que não existe marca a psicanálise lacaniana e diz de um outro momento diferente daquele discutido por Freud nos seus textos sociológicos. Lacan aponta para a época contemporânea em que não há uma referência única, em que não há um líder, em que não há quem se responsabilize pelos males da humanidade. Contudo, isso não quer dizer que a contemporaneidade não seja regida por um determinado tipo de poder. Trata-se de um certo modo de funcionamento que pôde ser visto pela descrição do ambiente hospitalar. Modo este caracterizado por uma outra forma de domínio, que será melhor discutida, e que é motivo de inquietação tendo em vista os desentendimentos presentes nas relações descritas.

Neste sentido, a partir das considerações sobre a inexistência da proporção sexual, do mal-entendido da comunicação, do Outro que não existe e da verdade que não pode ser toda dita, retomemos as vinhetas clínicas descritas no capítulo anterior. Elas tiveram o intuito de demonstrar justamente estas idéias lacanianas. Nelas, pudemos verificar a crença em um grande Outro que, - afinal -, não existe e na possibilidade da relação sexual. Isto quando se busca estabelecer um perfeito funcionamento institucional sem considerar qualquer falta, falha ou singularidade.

Em vários fragmentos verificou-se um importante movimento no sentido de

manutenção da ordem, das regras e das normas. Uma tentativa pretensiosa de tudo saber, de tudo controlar. Contudo, para atender à necessidade do cumprimento dos protocolos, há uma desconsideração daquilo que escapa à razão e que não é empiricamente testável. Ou seja, há uma exclusão da particularidade do “um a um”, dos aspectos subjetivos do indivíduo. Algo que propicia um grande sofrimento aos envolvidos e que dificulta o estabelecimento de laços sociais.

No intuito de excluir a singularidade, significantes como qualidade, produtividade, ética e treinamento são usados a partir de uma convicção na completude, no bom funcionamento do hospital. Contudo, tais palavras não passam de semblantes. Eles não dizem da verdade do sujeito e não têm significação em si mesmos. Eles apenas servem de tábua de salvação para o ser falante e, no caso, são utilizados de forma a excluir o surgimento, em seu campo, da subjetividade. Na visão de Quinet, “a verdade do sujeito é rejeitada em prol do mandamento de tudo saber”. (QUINET, 2001, p.15). Isto é pretendido pela ciência, na medida em que ela aposta na cadeia significativa como forma de apreender o real. Ela exige obediência à produção de saber de forma imperativa e excludente. Ao desconhecer a inexistência da relação sexual e do grande Outro, a ciência acredita que a instância do simbólico possui a capacidade de abordar toda a dimensão humana.

Bastante persistente, a saída encontrada pela ciência diante daquilo que não há representação na linguagem é descartar o singular, a exceção. Assim, ela “se apresenta efetivamente como um discurso sem sujeito, como um discurso impessoal, como o discurso do sujeito saber em pessoa”. (MILLER, 1988, p.51). Em outras palavras, ela, ao apostar da ilusão de totalidade, foraclui e rechaça o singular de cada um dos que freqüentam o ambiente hospitalar. Um processo que acontece de forma impositiva e que causa grande angústia nos indivíduos.

Dessa maneira, a posição do discurso da ciência em relação ao sujeito do inconsciente também pôde ser vista nas vinhetas clínicas. Nelas, observou-se a desconsideração dos casos particulares e as constantes tentativas de enquadramento dos pacientes e dos familiares nos protocolos médicos e institucionais. Em certas ocasiões, isto de fato aconteceu. Entretanto, em outras circunstâncias, certas posições subjetivas interferiram bastante na funcionalidade do hospital. Algo difícil de lidar para os profissionais da saúde e que, muitas vezes, levou a equipe médica a solicitar os serviços da clínica de psicologia.

Portanto, o relato das vinhetas teve o objetivo de apontar a necessidade das pessoas de se darem conta dos tipos de laços sociais que são estabelecidos no hospital geral. Relações estas que são fontes de angústia e de desentendimentos no ambiente médico. Além disso,

procurou-se enfatizar a dificuldade de se compreender a existência de uma subjetividade que não é apreendida pelo simbólico mas que mostra seus efeitos e que por isso deve ser considerada.

Um outro motivo para o primeiro capítulo foi propiciar um estudo sobre como a descrição dos fragmentos de casos pode, de alguma maneira, suscitar na comunidade hospitalar a necessidade de minimizar os efeitos da forclusão do sujeito na sociedade contemporânea. Trata-se de uma discussão de grande pertinência na medida em que a forclusão do sujeito dificulta bastante o estabelecimento de laços sociais. Enlaçamentos estes que são fundamentais para a vida em civilização e que impedem um estado de caos semelhante à horda primitiva tal como foi descrito por Freud em “Totem e Tabu”.

Diante da forclusão do sujeito na contemporaneidade, da força do discurso da ciência e dos tipos de relações que estão sendo estabelecidas, Lacan traz importantes contribuições à psicanálise. No intuito de compreender como o real interfere nos laços sociais e como as pessoas lidam com o sofrimento, ele elabora a sua teoria dos discursos. Propõe a existência de quatro discursos radicais, maneiras distintas de relação e que regulam os enlaçamentos sociais. São eles: o Discurso do mestre, o da histérica, o do psicanalista e o da universidade. (1969-1970/1992). Ele postula também um quinto discurso, o chamado Discurso do capitalista (LACAN, Conferência de Milão, 12-05-1972/1978) que se relaciona, principalmente, com o consumismo de bens materiais.

A teorização dos discursos é um estudo específico das relações do sujeito, que se apresenta extremamente elucidativo, e por esse motivo é de grande valia para a compreensão dos laços sociais. Assim, a questão teórica poderia estar presente no primeiro capítulo da dissertação. Contudo, optou-se por colocá-la no segundo parte para mostrar, justamente, que os discursos são uma tentativa de tornar compreensiva a experiência clínica. Isto porque “não é possível realizar uma pesquisa *em* psicanálise [psicanalítica estrito senso], de forma totalmente “isenta” de sua prática clínica por mais rigorosos que sejam os exercícios de raciocínio e da exegese dos textos.” (LUSTOSA, 2003, p.05). Foi por este motivo que Freud e Lacan desenvolveram as suas obras a partir das suas *práxis*. O objetivo era que as suas contribuições tivessem um efeito significativo e não ficassem engessadas nos livros ou nas universidades.

Dessa forma, com os relatos das vinhetas pretende-se extrair as questões ali envolvidas, compreender os tipos de relação estabelecidas e, de alguma forma, apontar para a importância da redução dos efeitos da forclusão do sujeito na sociedade contemporânea.

A formalização dos quatro discursos

A teoria dos discursos de Lacan foi desenvolvida principalmente no Seminário XVII “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992). Nele, Lacan propicia uma leitura própria dos laços sociais e estabelece o conceito de discurso. Algo que apresenta um sentido específico e que não necessita, impreterivelmente, de palavras para se constituir. Trata-se de uma outra forma de entendimento das relações entre a estrutura linguageira e a fala. Isto porque o discurso se estabelece diante de uma relação que leva a ação, mesmo que de forma contrária à racionalidade.

O estatuto dos discursos que foi elaborado a partir das obras de diversos pensadores entre os quais Hegel. Na obra “A fenomenologia do espírito” (1807/1999), o filósofo alemão propõe a existência de uma subjetividade completa e totalmente transparente a si mesma. Uma idéia defendida pelo conhecimento científico ao qual Lacan se opõe radicalmente.

Além disso, Hegel aponta na “Dialética do senhor e do escravo” (1807/1999) para uma relação de dominância entre o mestre antigo e o escravo. Nela, o senhor detém o poder absoluto mas é o servo quem possui o saber fazer sobre o trabalho. Trata-se de uma forma de enlaçamento social importante na medida em que explicita a dependência entre os envolvidos e a falta que é inerente a cada um deles. Neste sentido, é a partir desta dialética hegeliana que Lacan elabora a sua teoria dos discursos.

De acordo com a obra lacaniana, o sujeito é sempre cindido na medida em que é herdeiro da linguagem. Isto porque a natureza não corresponde à razão e, assim, ela não pode ser enquadrada ou apropriada em sua totalidade pela ciência. Há algo que escapa ao ideal racional e que não pode ser apreendido pelo campo simbólico. Em outras palavras, é a partir da tentativa de Lacan de compreender o laço social que os discursos se constituem.

No constante esforço de criticar a proposta de completude, Lacan também busca na matemática recursos linguageiros para transmitir a sua leitura dos laços sociais e para explicitar algo que é da ordem da experiência. Trata-se de uma tentativa de se evitar os mal-entendidos que são próprios da linguagem e que interferem na comunicação das idéias. Para isso, ele recorre ao matemático Gotlob Fregue (1974) e às suas elaborações sobre os sinais.

De acordo com Fregue, os sinais não devem ser menosprezados na medida em que permitem uma elevação ao pensamento conceitual. Isto é importante pois “atribuindo o mesmo sinal a coisas semelhantes, designamos propriamente não a coisa singular mas o que

lhes é comum, o conceito”. (FREGUE, 1974, p. 193). Ou seja, através de contingências e convenções sociais, os conceitos são estabelecidos de forma a facilitar bastante a comunicação entre os seres falantes.

Além disso, os sinais são indispensáveis porque a linguagem não é regida por leis lógicas e é deficiente para evitar erros de pensamento. Um conjunto de sinais favorece a eliminação de ambigüidades e ameniza os problemas decorrentes da falta de univocidade da estrutura languageira. Consequentemente, eles são essenciais para a transmissão de idéias com um mínimo possível de desvios.

Fregue também afirma que a linguagem escrita apresenta vantagens em relação à linguagem verbal. Na sua visão, a escrita elimina um fator que interfere muito na comunicação, qual seja, o tempo. A duração da palavra falada é menor do que a escrita o que aumenta a possibilidade de lacunas. Além disso, os sons mantêm uma relação íntima com a afetividade e com as sutilezas da voz humana o que influencia bastante no entendimento daquilo que é falado e daquilo que é ouvido.

Neste sentido, os conceitos gráficos são grandes aliados para remediar certos defeitos da comunicação. Isto porque a “conceitografia exprime imediatamente o assunto, sem a mediação do som” (FREGUE, 1974, p. 198). Consequentemente, ela tem o propósito de facilitar a transmissão de idéias por mais complicadas que sejam. Ela diminui as chances de desentendimentos, ao colocar em sinais a complexidade de determinados pensamentos.

Dessa maneira, a partir das considerações de Fregue, Lacan utiliza a “matematização” para explicitar algo que é da ordem da vivência, da fala. Sendo a linguagem deficiente e o raciocínio apenas por imagens mentais muito complexo, os sinais matemáticos mostram-se extremamente úteis aos propósitos de Lacan. Consequentemente, ele estabelece matemas para evitar que a transmissão das suas mensagens seja distorcida e possibilitar que a psicanálise seja escrita no universo científico.

Os matemas são estabelecidos a partir de quatro postos fixos que se diferem e se especificam por sua distribuição espacial. Eles são regidos pela primazia da cadeia significante que tem como característica fundamental a divisão do sujeito. Divisão esta que está para além da consciência e da racionalidade humana e que mostra seus efeitos nas relações entre os seres falantes. Trata-se daquela crítica lacaniana ao todo, ao centro, à esfera e que se faz presente em todos os laços sociais. (RABINOVICH, 2005).

Dessa forma, é através da estrutura da linguagem que os discursos se fundam. Eles são baseados nos nomes, nos conceitos, nos significantes. Eles englobam o que é consciente e o que é inconsciente. Além disso, o discurso pode ser tomado como “realidade primeira a ser

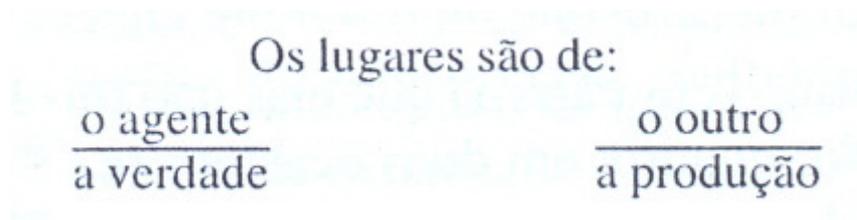
interpretada em seu sentido, mas efeito da cadeia significante”. (RABINOVICH, 2005, p.10). Ou seja, é a partir da articulação entre o sujeito do inconsciente e o saber que o discurso é produzido.

Assim, os quatro discursos são configurações significantes, são formas de enlaçamentos sociais. Através da inversão do signo saussureano, Lacan ressalta o valor do significante e coloca uma barra entre o significante e o significado:

$$\frac{S}{s}$$

A barra assume grande importância na medida em que separa aquilo que é da ordem da consciência no nível superior e aquilo que é da ordem do inconsciente no nível inferior. Ou seja, ela aponta para a operação do recalque e para a impossibilidade de um significante representar ou traduzir a verdade do sujeito do inconsciente. Contudo, o significante é imprescindível pois “funciona representando esse sujeito junto a um outro significante”. (LACAN, 10-12-1969/1992, p.11).

Neste sentido, a partir de uma dependência entre a discursividade do sujeito e o significante, os quatro postos fixos dos discursos: agente, outro, produção, verdade, possuem características específicas e estão presentes em todos os quatro tipos de laço social.



Agente – É definido como aquele que agencia a ação. Ele tem uma função organizadora e constitui-se como o campo do sujeito. Trata-se do lugar da aparência, daquilo que está manifesto.

Outro – É aquele ao qual a ação se dirige. Pode ser o escravo, o mestre, o sujeito do inconsciente, o estudante ou outros.

Produção – Refere-se àquilo que é latente, que vai ser consequência da relação estabelecida entre o agente e o outro.

Verdade – Trata-se de algo que não pode ser totalmente apreendido pela linguagem. É o resto, a falta, a hiância. É aquilo que fundamenta o discurso e que mantém o laço entre o

agente e o outro. Ela não pode ser toda dita uma vez que não há recursos linguageiros para isso.

É importante ressaltar as duas barras paralelas presentes entre a produção e a verdade que indicam uma disjunção inerente a qualquer discurso e apontam para a impossibilidade de se atingir a plena verdade do sujeito. Verdade que se refere à castração, à divisão, à falta do sujeito que não pode ser toda dita pelo simbólico. Ou seja, “nenhuma evocação da verdade pode ser feita se não for para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer”. (LACAN, 14-01-1970/1992, p.53). As barras dizem da impossibilidade da relação sexual e da inexistência do grande Outro.

Contudo, o ser falante tem grande dificuldade em lidar com a sua falta-a-ser. Ele busca maneiras de tamponar a verdade que, por natureza, é inseparável da sua estrutura. Tal tentativa é explicitada pelos discursos na medida em que eles revelam o que é manifesto, no nível superior, e o que é latente, no nível inferior. Todavia, não é o indivíduo quem escolhe a sua discursividade. Trata-se de um processo inconsciente no qual a verdade está sempre oculta e separada da produção.

Cada rotação de um quarto de giro marca a passagem entre os discursos. A operação de um “quarto de volta” entre eles leva à próxima posição discursiva. Assim, eles estão articulados mas não mantêm entre si nenhuma relação de causa e efeito. Não há uma posição discursiva mais importante do que a outra na medida em que todos são formas de laços sociais. Eles estão relacionados à fala e não contemplam na totalidade o real que os causam. (SOUZA, 2003).

Os discursos são compostos por quatro termos, ordenados de quatro formas diferentes. Cada discursividade possui um funcionamento próprio de acordo com a posição dos significantes. Os termos possuem particularidades relacionadas com a definição estrutural do sujeito como aquilo que é representado por um significante a um outro significante. São eles: S1, S2, a, \$.

O S1 toma vários sentidos no correr da obra lacaniana. Entre esses apresentamos os diversos nomes sob os quais ele, de alguma maneira, é apontado por Lacan: significante-mestre, significante primeiro, traço unário, significante da lei, Um, Nome do pai, falo simbólico e significante unário. Ele é necessário para a formulação da cadeia significante e pode representar um sujeito para outro significante. Não possui significação em si mesmo; podendo ser tomado na vertente da falta de sentido e, mesmo, o equívoco. Assim, qualquer significante pode ocupar este lugar de dominância.

O S2 diz dos significantes que estão presentes a princípio. Ele também é chamado de

saber, cadeia significante, bateria de significantes e significante binário. Em cada posição discursiva, ele possui características peculiares que são importantes para a compreensão daquele modo específico de laço social.

O objeto “a” representa a pulsão nas discursividades. É o resto conseqüente da operação entre significantes. É aquilo que provoca um mal-estar presente nas relações, a crítica, a voz do supereu. Foi denominado mais-de-gozar na medida em que prende um sujeito a outro, mesmo que de forma contrária à sua razão. No discurso do analista, ele adquire o lugar de objeto causa-de-desejo.

O \$ é a letra correspondente ao sujeito marcado pela linguagem e pela impossibilidade de completude. Trata-se daquilo que só aparece nos intervalos entre os significantes e que é chamado de hiato, lacuna, falta. O sujeito dos discursos passou pela castração e por isso é dividido e caracterizado pela barra que o cruza.

Dentre os quatro termos dos discursos, o objeto “a” merece algumas considerações. Trata-se de um conceito complexo na obra lacaniana pois é usado de diferentes maneiras em diversas ocasiões. Uma das suas principais características é escapar a qualquer possibilidade de captura pela linguagem. Ele é aquilo que sobra, que se perde nas articulações entre os significantes. É o resto decorrente de um registro simbólico falho e incapaz de dizer de toda a verdade do sujeito.

Neste sentido, o objeto “a” possui uma relação íntima com o objeto perdido freudiano. Trata-se daquilo que se perdeu e que jamais poderá ser recuperado. Embora o ser falante busque resgatá-lo de todas as maneiras, não há nome ou significante que dê conta da castração. O sujeito encontra uma certa significação para a sua dor mas não de forma total. Este processo é característico do ser de falta e deixa sempre um resto. Para que se possa compreender melhor o que vem a ser o objeto “a”, Diana Rabinovich o explicita a partir do desejo. Para ela:

O desejo humano é, certamente, sexual, mas se sustenta em “traços” e é a busca repetitiva e incessante desse “primeiro traço” enquanto percepção que, no marco freudiano, alcança a sua realização. (...) O desejo é, pois, já em Freud, falta. Falta que, em Lacan, se trasmuta: o desejo é desejo de um desejo, isto é, desejo daquilo que, no outro, é também falta, falta que faz surgir um quociente, um resto a ser tomado ao pé da letra. Esse resto é o objeto “a”. (RABINOVICH, 2005, p.15).

Contudo, o sujeito é persistente. Ele mantém a crença na existência de um grande Outro capaz de lhe dizer sobre a sua verdade. Há uma repetição nos laços sociais por ele estabelecidos na medida em que “necessita construir algo, inventar um Saber que venha

orientar a errância de sua ex-sistência”. (SOUZA, 2003, p.49). Conseqüentemente, ele busca restaurar uma suposta completude anterior. Apesar de possuir uma falta estrutural, repete determinadas condutas na ilusão da totalidade.

A partir desta repetição frequentemente vista nos seres falantes, Lacan elabora um outro conceito importante na sua obra: o gozo. Também portador de grande complexidade e não tendo um sentido único, o gozo aponta para um excesso, para algo da ordem do além do princípio do prazer. Ele contém um componente mortífero que se repete nas relações e que não é compreendido pelos recursos formais da linguagem. Na sua radicalidade, articula-se com o real, com a morte, com a verdade e com a falta, na medida em que se refere àquilo que é da ordem do indizível e do insuportável para o sujeito.

Assim, há uma relação entre o prazer do senso comum e o gozo lacaniano. O segundo contém algo do primeiro e tem como característica um ultrapassamento dialético daquilo que é somente bom. Ou seja, o gozo não se encontra totalmente separado do sofrimento. Roudinesco aponta isso quando diz que “esse movimento, ligado à busca da coisa perdida que falta no lugar do Outro é causa de sofrimento”. (ROUDINESCO, 1998, p.300). Em outras palavras, Lacan aponta para uma obediência do sujeito a esta ordem a qual ele não consegue se livrar. Isto, quando ele se dá conta da existência de tal imposição.

Contudo, para que o sujeito pertença ao mundo civilizado, ele precisa abdicar de parte do seu gozo. A vida em comunidade exige uma renúncia pulsional e este processo se dá através da entrada do sujeito no universo simbólico. Ele aceita uma perda de gozo para que os laços sociais se constituam. Assim, os discursos são uma maneira de colocar limite ao gozo através da linguagem. Todavia, isto não quer dizer que o gozo não se faça presente nas relações. Pelo contrário, ele permanece em todas as discursividades e, quando de sua vivência, é motivo de grande angústia para o sujeito.

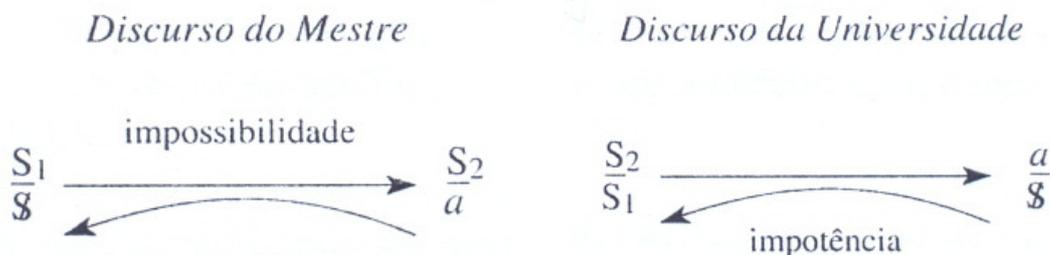
Neste sentido, há um vínculo muito próximo entre o gozo, a repetição e o saber. Juntos, eles mantêm o sujeito em um processo de caráter doloroso. Através de uma busca incessante pelo saber, o sujeito caminha para a morte; o gozo está aí sempre presente. Explicitando esse ponto, Lacan diz: “A repetição tem uma certa relação com aquilo que, desse saber, é o limite – e que se chama gozo”. (LACAN, 26-11-1969/1992, p.13). Ao acreditar que o saber diz da sua verdade, o sujeito insiste na sua produção. Ele repete certas posições subjetivas e certos laços sociais na vã tentativa de recuperar aquilo que se perdeu para sempre.

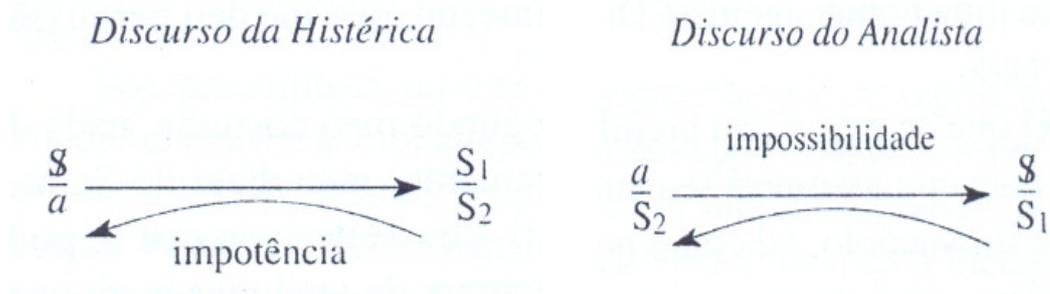
A partir da noção de discurso, Lacan enfatiza a repetição na medida em que ela contém algo do gozo. Ele inova com as discursividades ao apontar a existência de uma articulação originária entre os significantes e o gozo. Ele introduz a idéia de que um significante

representa um gozo para um outro significante. Isto porque da mesma forma que o significante representa o sujeito para outro significante e algo escapa, o significante também diz do gozo mas não de forma completa. Diante da impossibilidade de uma representação identificatória inteira, Lacan afirma que “há uma relação primitiva entre o saber e o gozo”. (LACAN, 26-11-1969/1992, p.17). Ou seja, o significante se coloca como instrumento de gozo e, por causa da insuficiência da linguagem, o sujeito repete incessantemente.

Assim, a manifestação do gozo é inevitável, e ela se dá através da repetição. A tentativa de novamente experimentar a primeira vivência de satisfação causa o surgimento do que Lacan, relendo Marx, chama de mais-de-gozar. O conceito de mais-de-gozar foi construído a partir do lugar da mais-valia explicitado por Marx. Ele denunciou esse “a mais” do trabalho proletário que foi tomado e espoliado pela filosofia e pelas ciências. Lacan avançou as contribuições marxistas e apontou que aquilo que se produz se paga com uma parcela de gozo. (SOUZA, 2003). Ou seja, a produção do sujeito tem um custo. Há um sofrimento inerente ao processo da repetição enquanto conceito freudiano. O mais-de-gozar contém algo de um excesso de gozo relacionado ao real que não é apreendido pelo simbólico. Conseqüentemente, ele está presente nas relações e os discursos são uma tentativa de compreender como ele se articula com o saber, com a produção e com a verdade.

O mais-de-gozar encontra-se presente nesta busca do sujeito por objetos que ilusoriamente lhe trarão de volta o objeto perdido. Trata-se de um movimento em vão na medida em que ele nunca poderá ser recuperado. Todavia, o ser falante permanece na cronicidade desse processo na medida em que resiste a aceitar a sua perda irreparável. Tal processo é demonstrado pelos discursos. Vejamos:





3.1 O discurso do mestre

A lógica dos discursos aponta para as relações possíveis entre o sujeito e o outro. Através dos matemas, Lacan busca transmitir o real da estrutura suportado pelas discursividades. O uso das letras serve de apoio para as palavras e facilita a expressão do mal-estar que se encontra presente nos laços sociais. Neste sentido, não há um tipo de discurso melhor do que o outro. Eles são maneiras distintas de relação e têm em comum a presença de uma tentativa de dominação.

No hospital geral, o médico possui um lugar de destaque. Frequentemente, ele é considerado o detentor do saber, aquele que supostamente dará a palavra final sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente. Há uma expectativa grande por parte dos doentes, familiares e mesmo dos profissionais de saúde de que ele seja capaz de salvar vidas e curar doenças. Assim, acredita-se na sua sabedoria e espera-se dele uma posição determinante sobre as condutas a serem realizadas no ambiente hospitalar. Trata-se de um modo de laço social com características semelhantes àquele estabelecido pelo discurso do mestre.

O discurso do mestre é o primeiro discurso histórico e é marcado, justamente, pelo domínio, pela maestria. O significante mestre é quem agencia a discursividade e por isso a sua nomeação. Trata-se de uma posição discursiva caracterizada pelo autoritarismo e pela tentativa impossível de tudo governar. Impossibilidade esta apontada por Freud no texto “Análise terminável e interminável” (1937, 2006) no qual ele diz de três profissões impossíveis e que são relacionadas, por Lacan, aos discursos. São elas:

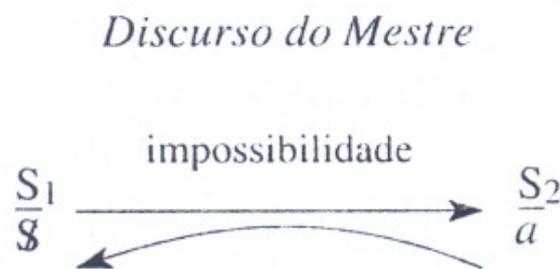
- A de governar – discurso do mestre,
- a de educar – discurso universitário,

a de analisar – discurso do analista e

Lacan acrescenta a de fazer desejar – discurso da histérica.

Assim, Lacan indica que cada modo discursivo possui algo de uma impossibilidade na sua estrutura. Todos eles dizem de um real que escapa a uma captura total e que se faz presente nas relações. Entretanto, isto não quer dizer que essa impossibilidade seja completa pois, se assim fosse, não haveria o estabelecimento de laços sociais. Os discursos mostram, portanto, aquilo que é possível diante da verdade do sujeito, qual seja, a sua falta-a-ser.

No caso do discurso do mestre, o sujeito que ordena e impõe as leis insiste na ilusão de tudo governar. No lugar de agente, o mestre desconhece a sua castração e acredita ser capaz de uma dominação completa. Tal postura refere-se à posição ocupada pelo senhor antigo na dialética hegeliana do senhor e do escravo. (HEGEL, 1807/1999). Nesta, o escravo detém um saber fazer sobre o trabalho que coloca o senhor numa situação de dependência em relação ao mesmo. O escravo está no lugar do outro no matema do discurso do mestre. Ele produz o gozo que é apropriado pelo senhor como um gozo a mais, um mais-de-gozar.



Dessa forma, o mestre não tem o conhecimento do serviço prestado, embora detenha o poder de mando. Através deste poder, ele dita as regras e extrai um mais-de-gozar da produção realizada. Todavia, conforme dito por Freud, existe uma impotência de tudo ordenar. Isto porque, embora desconheça, ele é um sujeito de falta o que propicia falhas as quais ele busca sanar a todo instante no seu domínio. A verdade da sua castração impede que a dominação do senhor seja completa, embora ele permaneça mandando, insistindo na sua autoridade. Neste sentido, percebe-se a repetição freudiana e a dificuldade do ser falante em lidar com a sua divisão.

Assim, os termos situados na parte superior do matema do discurso do mestre referem-se ao discurso manifesto. Trata-se daquilo que aparece e que pode ser visto nas relações de dominação. Ou seja, no lugar de agente está o mestre que manda e na posição do outro se encontra o escravo que obedece. Esta forma de laço social é facilmente percebida nos regimes

ditatoriais e nas relações cotidianas nas quais se pode perceber uma posição de exercício da autoridade, em autoritarismo.

Todavia, a linha inferior do matema esconde um segredo. No lugar da verdade encontra-se o sujeito cindido. Sendo o mestre um sujeito de fala, ele é marcado pelas conseqüências do campo simbólico. Dessa forma, por mais que o senhor desconheça a sua castração no nível da aparência, esta se faz presente independente do seu querer. Existe um real inapreensível pela linguagem que causa a impossibilidade de tudo governar. Contudo, o mestre insiste. O seu discurso é marcado pela vontade de domínio em que “o S1 funciona como significante imperativo, que desconhece a verdade da sua determinação e a sua unidade impossível”. (RABINOVICH, 2005). Assim, ao mestre interessa que a coisa funcione. Para isso, ele tenta eliminar qualquer indício de subjetividade que possa interferir nos seus objetivos, mantendo os aspectos subjetivos recalcados sob a barra.

Entretanto, a verdade escondida pelo mestre é conhecida do escravo. A castração do senhor é motivo de gozo para este que tudo sabe sobre o mais-de-gozar da autoridade mas que nada sabe sobre o seu próprio gozo. Consequentemente, ele continua produzindo o objeto “a” mas paga com o seu corpo para gozar. Isto porque, “o senhor tinha que fazer o escravo pagar, como único possuidor dos meios de gozo”. (LACAN, 11-02-1970/1992, p.83). Ou seja, uma cota de sofrimento é inerente às relações, e este enlaçamento não difere dos demais. O corpo do escravo passa a ser o lugar no qual ele inscreve os significantes e mantém a produção do mais-de-gozar. Neste sentido, o gozo encontra-se do lado do escravo e não do lado do senhor na medida em que é ele mesmo quem sustenta o seu estado de escravidão.

Portanto, este é um tipo de laço social baseado na alienação. O escravo goza do seu saber e o senhor aliena-se no seu poder de mando usufruindo do trabalho do escravo. Há uma identificação do mestre com o significante. Ele acredita ser aquilo que não passa de semblante. Isto porque desconhece a inexistência de uma unidade entre a sua verdade e o que pensa sobre si. No exercício de determinada função, ele julga ser o cargo que ocupa. Por exemplo, o presidente de uma grande empresa ou um ditador impõe a sua vontade independente da opinião ou do querer das outras pessoas. Ele exerce o autoritarismo e crê não possuir nenhum tipo de falha ou imperfeição. Assim, o mestre desconhece a sua divisão, não reconhece a sua falta.

Aqui, verifica-se a presença da repetição anteriormente discutida. No discurso do mestre ela “se revela exatamente nessa tentativa de retomar um controle para sempre perdido, de governar totalmente o real, de governar o Outro”. (REZENDE, 2008, p. 41). Ou seja, o mestre tenta de todas as maneiras controlar o incontrolável e dominar o indomável. Ele possui

uma ilusão de que o sujeito do inconsciente não surgirá no intervalo entre os significantes. Trata-se de uma ilusão tendo em vista a força dos aspectos subjetivos e a sua capacidade de aparecer independente da racionalidade humana.

O discurso do mestre é, portanto, o discurso da eucracia. Nele, há uma centralização do poder na medida em que existe um nome responsável por todas as decisões e atitudes. Os indivíduos sabem a quem recorrer e encontram no líder alguém que supostamente fornece respostas e soluções para qualquer tipo de sofrimento. É um laço social baseado na devoção e na obediência ao detentor do poder. Se por um lado o mestre conforta e consola os seus discípulos, estes, em contrapartida, não são ouvidos e não têm os seus aspectos subjetivos considerados.

Neste sentido, é possível articular o discurso do mestre com o discurso do inconsciente. Como dito, o mestre impõe a sua vontade sem pedir permissão. Da mesma forma, quem fala é falado pelo inconsciente. Por esse motivo, o inconsciente aparece e deixa o ser falante desconcertado, em estado de desorientação. Não há uma maneira de dominar o mestre ou o inconsciente. Assim, o discurso do inconsciente “corresponde a algo relativo à instituição do próprio discurso do mestre”. (LACAN, 18-02-1970/1992, p. 95). Eles possuem a mesma lógica de funcionamento e por isso podem ser relacionados.

As colocações relativas ao discurso do mestre nesta dissertação justificam-se pelo fato de que, no hospital geral, como veremos no próximo capítulo, tal modo de enlaçamento social é encontrado frequentemente no dia a dia da instituição. Será possível observar relações baseadas no autoritarismo em várias circunstâncias e as implicações disso para os envolvidos com o contexto médico. Trata-se de uma discursividade calcada no poder de mando o que tem conseqüências importantes para a subjetividade dos que ali se encontram.

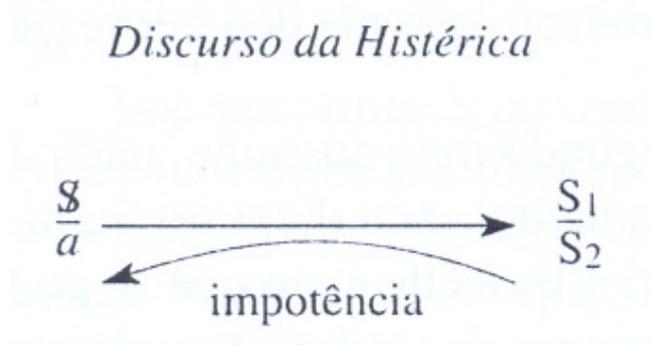
De maneira semelhante, o discurso da histérica também é presente nas vinhetas clínicas. Pacientes poliqueixosos e funcionários cobrando determinadas atitudes da praticante de psicanálise são exemplos desta posição discursiva. Consequentemente, para melhor compreender estas e outras situações descritas no capítulo anterior, julgamos pertinente abordar o discurso da histérica e explicitar as suas principais características no tópico a seguir.

3.2 O discurso da histérica

Com freqüência, os pacientes internados no hospital estão bastante fragilizados e sensíveis devido ao adoecimento e a hospitalização. É comum eles reclamarem de dores, do atendimento ou da demora para irem para casa. A família, mobilizada pelo sofrimento do ente querido e pela própria tristeza, também reivindica os seus direitos. Contudo, as queixas e demandas não são exclusivas dos doentes e dos familiares. Não é raro observamos a equipe de profissionais cobrando melhores condições de trabalho e exigindo que alguém tome iniciativas para resolver os seus problemas. Ou seja, este modo de relação do sujeito com o outro baseado em reclamações é facilmente percebido no contexto médico. Trata-se de um enlaçamento social recorrente que foi nomeado por Lacan de discurso da histérica.

A formalização do discurso da histérica se dá a partir de um quarto de giro do discurso do mestre. Consequentemente, temos no lugar de agente o sujeito barrado com a sua falta explicitada. O sintoma é o que se apresenta na posição de dominância e por isso a discursividade é marcada por um pedido de decifração. Ou seja, a nomeação do discurso se dá porque a histérica é o sujeito barrado por excelência e não porque este tipo de enlaçamento seja exclusivo da sua estrutura. Seria um grave equívoco considerar o discurso histérico como específico de uma determinada personalidade ou mesmo exclusivo do sexo feminino.

Além disso, é importante ressaltar que a histérica pode estabelecer outros tipos de laços sociais em diferentes contextos. Ela pode se posicionar na relação com o outro a partir das lógicas de funcionamentos dos demais discursos. Isto quer dizer que é possível uma circularidade entre os modos discursivos e que o sujeito cindido pode se colocar em qualquer um dos quatro postos em distintas relações subjetivas. Após estes esclarecimentos, vejamos o matema:



Cada modo discursivo aponta para uma relação própria entre o sujeito e o outro. No caso, o sujeito barrado se dirige a um significante mestre na tentativa de que ele seja capaz de produzir um saber, uma interpretação para o seu sintoma. Há uma solicitação por significantes que lhe digam sobre a sua castração e uma expectativa que não pode não ser frustrada de que

alguém lhe indique o caminho a seguir. Assim, o lugar do outro é ocupado por um mestre que tenta atender aos anseios da amada mas que nunca consegue satisfazê-la completamente. Ela se torna objeto causa-de-desejo para esse outro que, estimulado pelo desejo de saber, procura atender aos seus pedidos. Conseqüentemente, a produção deste discurso é o saber.

Contudo, o saber produzido não é aquele esperado pela histórica. Ela almejaria algo que lhe dissesse sobre a sua divisão e a livrasse do estado de desorientação em que se encontra. Diferentemente das suas expectativas, o saber que se produz é empobrecido de significação. Ele é vazio de sentido e não diz do que, de fato, interessa à histórica. Ele não é capaz de articular o objeto ao desejo pois esse objeto está para sempre perdido. Assim, o esforço realizado pelo mestre para atendê-la é, em grande parte, em vão. Isto porque a verdade do saber sexual se apresenta inteiramente estranha ao sujeito barrado e não pode ser toda dita. A conseqüência disso é a constante insatisfação histórica.

Neste sentido, o discurso histórico revela a inexistência da complementaridade entre os sexos e aponta para o desencontro entre os seres falantes. Por mais que o mestre tente preencher a falta da histórica, ela é estrutural e não pode ser nomeada. A produção do saber permite alguma significação mas deixa sempre um resto. Resto este que é o objeto “a” e que se encontra no lugar da verdade. Ele não pode ser apreendido pelo campo da linguagem e por isso está em disjunção com o saber. Tal proposição está de acordo com o comentário de Rabinovich (2005) segundo o qual “o discurso histórico, colocando a verdade do mestre (\$) no lugar dominante, desmascara, juntamente com a sua divisão, esse mal-entendido que, na espécie humana, constitui a relação sexual.” (RABINOVICH, 2005, p.20).

Entretanto, a histórica é persistente. Na busca por alguém que lhe diga sobre a sua verdade, ela cria um mestre para reinar. Ela elege alguém supostamente portador de um significante fálico e o coloca para exercer a função do pai primevo. Trata-se daquele pai onipotente, detentor de todas as mulheres e que possui o poder de mando na ordem primitiva. Todavia, novamente ela se frustra. Isto porque não há identidade entre o mestre e o significante unário. A verdade, conforme sabe o escravo, é que o senhor também é castrado. Ele está constantemente dividido e é isto, justamente, o que designa a sua humanidade. (ENRIQUEZ, 1990).

Assim, o discurso histórico revela a unidade impossível entre os sexos. Ele aponta para a impossibilidade do mestre em atender as reivindicações da histórica e para a inexistência da relação sexual. Entretanto, ela continuaria a apresentar-lhe o seu sintoma solicitando-lhe a interpretação. O mestre, diferente da histórica, desconhece a sua barra e permanece na tentativa de satisfazer aquela que se coloca como objeto causa-de-desejo para ele.

Conseqüentemente, eles mantêm este modo de laço social e apresentam uma repetição relacionada com a busca impossível pela completude. Nas palavras de Lacan, é justamente aí que o discurso histérico adquire o seu valor: “ele tem o mérito de manter na instituição discursiva a pergunta sobre o que vem a ser a relação sexual, ou seja, de como um sujeito pode sustentá-la ou melhor dizendo, não pode sustentá-la” (LACAN, 18-02-1970/1992, p.98) pois “é a roupagem bem-arrumada do fato fundamental de não haver lugar possível em uma união mítica, que seria definida como sexual, entre o homem e a mulher.” (LACAN, 20-05-1970/1992, p.164).

Dessa maneira, na linha superior do matema temos o sujeito barrado com expectativas de que o mestre lhe forneça soluções para as suas dores. Trata-se daquilo que aparece e que pode ser visto nas relações baseadas em queixas. Diferentemente, o nível inferior mostra a incapacidade do saber de apoderar-se do real. Ele revela a castração do pai e a sua impotência em atender à histérica. O conteúdo latente refere-se a algo que não pode ser todo dito pela linguagem e que é causa de sofrimento para o sujeito da fala. O objeto “a” representa a satisfação plena que nunca pode ser toda alcançada e por isso a existência constante da repetição. Há sempre um “a mais” a ser buscado e isso implica um mais-de-gozar também presente no discurso da histérica.

O mais-de-gozar nesta discursividade é sustentado pela dificuldade do mestre em dizer não à histérica e na insistência desta em evitar as verdades do inconsciente. Para preservar o seu gozo, a histérica não apenas cria o mestre como também o destitui. No dizer de Lacan, ela “desmascara a função do mestre com quem permanece solidária”. (LACAN, 18-02-1970/1992, p.98). Para nada saber de seu gozo, ela mostra as falhas do mestre exibindo a sua incapacidade de satisfazê-la. Com isso, mantém a verdade inacessível do gozo marcando o espaço de fuga que existe no campo do outro. Esse outro, que oferece soluções para o seu sofrimento e que procura aliviar as suas dores, fracassa em todas suas tentativas. Ela aponta para a sua falta de forma a explicitar a impossibilidade de uma unidade impossível por ele pretendida. Assim, o sofrimento da histérica existe mas ela não se implica nas causas das suas queixas. Ela se encontra presa a um gozo, a um excesso, sobre o qual nada quer saber.

Na incansável busca pelo significante “Um” que decifre o seu enigma, a histérica, com freqüência, perde os seus mestres. Isto porque os senhores eleitos não suportam a sua constante insatisfação e desistem de tentar atender às suas demandas. Desconhecendo outras formas de laços sociais, ela segue criando mestres e destituindo-os. Neste percurso, ela pode eleger um médico, um pai-de-santo ou um amante para ser o seu rei. Trata-se de eleger alguém que supostamente detenha o saber sobre a sua verdade.

Quando o paciente procura um tratamento no hospital, ele diz do seu sofrimento, das suas incertezas e dos seus problemas. Ele acredita que o médico lhe apresentará soluções e lhe tirará do estado de adoecimento em que se encontra. A partir do lugar de sujeito dividido e em busca do significante-mestre da sua cura, ele deposita grandes expectativas no conhecimento da medicina. Cria um suposto saber no médico e espera deste uma palavra que dê conta da sua doença. Contudo, em algumas ocasiões, ele não busca respostas apenas para a sua enfermidade física. Inconscientemente, o paciente deposita no representante do saber científico a esperança de que ele responda também sobre a sua castração mesmo que ele próprio nada queira saber sobre isso.

Não é raro vermos pacientes apresentarem certas posições subjetivas incompreensíveis à racionalidade médica. A presença do gozo pode se tornar algo extremamente difícil de lidar, sendo capaz de interferir bastante nos protocolos médicos. Tais situações puderam ser vistas no capítulo anterior quando da recusa dos pacientes a seguir ou mesmo aceitar o tratamento proposto. Por exemplo, um deles deveria submeter-se a sessões de hemodiálise (p.16) e o outro ao exame chamado cateterismo (p.44). Algo, porém, que ultrapassa o campo orgânico, apareceu e causou transtornos no cumprimento do caminho a ser percorrido conforme os pressupostos ditados pela equipe médica.

Nestas circunstâncias, o médico encontra-se em uma posição difícil. Espera-se dele um saber completo que dê conta da saúde do paciente, bem como de todas as angústias dos doentes e de seus familiares. De fato, ele representa o conhecimento científico, sendo capaz de responder por aquilo que é relativo ao universo físico e empírico. Entretanto, nem sempre as questões apresentadas pelo paciente referem-se ao positivismo da ciência. Muitas vezes, trata-se de algo de uma outra ordem que não está presente nos protocolos da medicina. Ou seja, apesar dos cuidados médicos serem dispensados aos pacientes de forma adequada, eles podem se queixar de alguma coisa que não é encontrada nos exames do laboratório. Ali, algo da ordem subjetiva escapa ao saber médico, ao campo puramente biológico.

Neste sentido, não é da alçada da equipe médica tratar essas questões subjetivas dos pacientes e responder de um outro lugar que não seja o da medicina. Apesar das cobranças freqüentes por um saber ilimitado e definitivo, não é da competência do médico responder pelo sofrimento de uma outra ordem que não o do campo do empiricamente testável. O médico não acolhe e trata o mais-de-gozar dos seus pacientes porque ele desconhece o que vem a ser isso. A razão desse fato é que o saber médico está no campo da ciência. Campo este que lida com o discurso da ciência e não com a verdade do sujeito. Tal discurso diz de uma forma de laço social importante que será discutida no tópico a seguir.

Nestas situações, em consonância com a prática institucional, a equipe médica encaminha os casos para serem atendidos pela clínica de psicologia. Ao fazerem estas solicitações, os médicos reconhecem que os praticantes de psicanálise possuem mais habilidades e competências para lidar com isso que os protocolos não prevêem como suas funções. A psicanálise vem agregar valor, vem trazer contribuições a um campo que não é o da ciência. O corpo psicanalítico tem capacitação própria para lidar com esses entraves e oferecer soluções para essas questões. É importante ressaltar que se trata de dois campos distintos do saber, o da medicina e o da psicanálise, cada um com o seu valor e com as suas especificidades.

Ao concordar em ser atendido pela equipe de psicologia, o paciente diz ao praticante sobre as suas queixas, suas dores e suas angústias. Ele se expõe ao profissional *psi* da mesma forma que fez com o médico. Aqui, não queremos discutir a possibilidade do processo psicanalítico no hospital geral. Contudo, caso o paciente deposite a sua confiança no praticante, ele vai colocá-lo como sujeito suposto saber capaz de lhe dizer o caminho a seguir. Ou seja, ele espera do praticante o significante “Um” do seu destino e repete um modo de laço social baseado na queixa. Por este motivo, o discurso do analisante pode ser considerado como o discurso da histérica.

Assim, o discurso da histérica pode ser visto em diferentes situações. Ele é muito freqüente nas relações amorosas, nos consultórios de psicanálise e, mesmo, no contexto do hospital geral. Nos fragmentos de casos descritos observou-se a presença desta discursividade e a dificuldade da equipe médica em lidar com algo que escapa ao conhecimento científico. O que pretendemos com esta dissertação é apontar para este registro de outra ordem que não se encontra nos protocolos médicos. Adicionalmente, objetiva-se dizer o que a psicanálise tem a oferecer para isso que é o seu objeto de estudo e que não é abordado pelo discurso da ciência. Trata-se de considerar o que foge ao registro simbólico e que influencia no funcionamento da instituição hospitalar, sendo descartado pela lógica racionalista como apresentado a seguir.

3.2.1 O discurso da ciência

A ciência é extremamente presente no hospital geral. É ela quem fornece o embasamento teórico para as condutas médicas e aponta a direção a seguir. Em um espaço no

qual o corpo físico é o grande foco das atenções, ela diz sobre aquilo que é percebido principalmente através da racionalidade médica. A objetividade e a eficiência são fortes aliados e definem os tratamentos a serem realizados. A ciência possui uma credibilidade determinante que foi sendo adquirida ao longo da história através das pesquisas empíricas e dos estudos teóricos. Na instituição hospitalar, isto pode ser visto muito claramente diante da expectativa depositada no seu representante, a saber, o médico. Conforme dito anteriormente, os pacientes, os familiares e os próprios profissionais da saúde esperam dele respostas precisas e definitivas diante das enfermidades do doente.

Na busca pela cura e pela reabilitação, a ciência conta com a padronização dos procedimentos e com os protocolos médicos. Eles auxiliam nas tomadas de decisão e estabelecem uma metodologia a ser seguida. Isto permite maior rapidez nas condutas, pretendendo excluir a possibilidade de interferência dos fatores não previstos no cumprimento das diretrizes. Por causa deste caráter burocrático do conhecimento científico e do lugar ocupado pelo saber nesta discursividade, Lacan, em um primeiro momento, chega a relacionar o discurso da ciência com o discurso da universidade (11-03-1970/1992). Aqui, não aprofundaremos nesse modo de laço social, pois ele será apresentado posteriormente. Contudo, julgamos pertinente fazermos algumas considerações a seu respeito.

O discurso da universidade é caracterizado pelo S2 na posição dominante. Ou seja, é o saber quem organiza a discursividade. Um lugar primeiramente ocupado pelo mestre que detinha a ordem e o poder de mando. Esta é uma característica importante, na medida em que algo deste imperativo permanece neste modo de laço social. Isto pode ser visto claramente ao observarmos que, no lugar da verdade, temos o autoritário S1 que impõe as suas leis:



Na posição do outro temos o objeto “a” ocupado pelo chamado *a*-estudante. O saber se dirige a ele no nível manifesto e a resultante disso é a produção de um sujeito dividido. Esse sujeito é impotente em alcançar a sua verdade e está submetido à ordem do significante-mestre. Conseqüentemente, ele não detém nenhum saber e por isso torna-se sempre carente de

aprendizado e qualificação. Há na lógica deste discurso não apenas uma desconsideração sobre a verdade do sujeito, sobre a sua singularidade, mas uma valorização do saber sobre o todo, sobre o S1. Em outras palavras, neste modo de enlaçamento social ocorre uma exclusão dos aspectos subjetivos em prol do mandamento de tudo saber.

A partir destas características do discurso universitário, Lacan o relaciona com o discurso da ciência. Segundo ele, o *a*-estudante ocupa o lugar do outro no discurso da ciência assim como o escravo o ocupa no discurso do mestre antigo. Eles gozam da sua posição mas nada sabem sobre o próprio gozo. Além disso, estão submetidos a um poder de mando e pagam com o seu corpo para gozar. Existe um imperativo categórico de mandamento que lhes mantém em uma posição de submissão.

O mandamento presente no discurso da ciência refere-se à ordem do saber. Ou seja, na medida em que o S1 ocupa o lugar da verdade no discurso universitário, a ciência impõe as suas regras. Lacan explicita a sua lei: “*Vai, continua. Não pára. Continua a saber sempre mais*”. (LACAN, 11-03-1970/1992, p.110). Ou seja, ela exige a produção ininterrupta e contínua do saber. Uma produção que não tem fim na medida em que, conforme dizemos, não atinge a verdade do sujeito e deixa sempre um resto. Em Março de 1970, Lacan ainda afirma que o discurso da ciência é alicerçado pelo discurso da universidade.

Todavia, não há na obra lacaniana uma posição definida sobre o discurso da ciência. Em *Radiofonia* (1970/2003a), Lacan o torna equivalente ao discurso da histórica a partir da noção de um “desejo de saber” presente nessa discursividade. Como visto anteriormente, uma das características mais significativas desse modo de relação é a produção de saber. Embora não se trate do saber sobre a divisão do sujeito, ainda assim, ele tem a sua importância. Em relação à produção da ciência, trata-se do saber referente à história, aos fatos e à técnica. Ele se relaciona com o raciocínio lógico e com o pragmatismo. Um saber que não é necessariamente bom ou ruim.

De maneira semelhante à histórica, a ciência também está constantemente insatisfeita. Ela sempre quer mais produção de saber. Ao não se contentar com aquilo que é realizado, cobra uma produtividade cada vez maior dos pesquisadores, profissionais e instituições. Uma cobrança intensa e independente da área de conhecimento. Isto pode ser visto claramente no campo da medicina, da tecnologia ou mesmo das ciências humanas em que novas descobertas e soluções são supostamente melhores do que as anteriores. Há sempre o oferecimento de produtos considerados mais eficientes, com maior qualidade e com a promessa de que o seu consumo trará a felicidade.

Contudo, trata-se de uma busca incansável na medida em que aquilo que se produz

não diz do que interessa ao sujeito cindido. Os produtos podem trazer algum conforto imediato mas não atingem a gênese da questão, qual seja, o saber sexual. Isto porque no lugar da verdade encontra-se o objeto “a” que está para sempre perdido. Como dito anteriormente, não há maneira de se capturar a verdade pois ela só pode ser meio-dita, dita por um semi-dizer. Assim, é diante deste modo de relação do sujeito como outro que Lacan afirma que “a ciência ganha impulso a partir do discurso da histórica”. (LACAN, Radiofonia, 1970/2003a, p. 436).

Em Televisão (1974/2003b), Lacan permanece aproximando o discurso da histórica do discurso da ciência. Ele aponta, inclusive, um equívoco na crença de Freud (1927/1974) de que no futuro a ciência forneceria explicações para o inconsciente. Lacan é contrário a esta idéia pois, para ele, há uma diferença fundamental entre aquilo que é produzido pelo conhecimento científico e aquilo que interessa à psicanálise. Trata-se de dois campos de saberes distintos e que, portanto, não podem ser substituídos um pelo outro. Além disso, existe a presença de um resto importante na lógica do discurso histórico que propicia, justamente, esta permanente busca pelo objeto perdido. Isto leva o sujeito a repetir este modo de laço social na sua relação com o outro.

Neste sentido, a partir das semelhanças existentes entre estas discursividades, Lacan conclui que “que o discurso científico e o discurso histórico têm *quase* a mesma estrutura”. (LACAN, Televisão, 1974/2003b, p.522). Estas semelhanças estão relacionadas ao resto que sempre fica, à produção de um saber que nunca é satisfatório e à repetição de um modo de laço social que tem como marca a presença do sujeito barrado no lugar de dominância.

Lacan, com certa firmeza, compara estas duas posições discursivas e apresenta argumentos fortes ao aproximá-las. Por este motivo, o discurso da ciência encontra-se incluído no tópico do discurso histórico nesta dissertação. Entretanto, concluímos que Lacan não apresenta uma posição clara sobre o discurso da ciência. Como vimos, no Seminário XVII há uma articulação entre tal discursividade e o discurso da universidade. Por outro lado, posteriormente em Radiofonia e em Televisão, Lacan a relaciona com o discurso da histórica. Apesar de serem modos de relação diferentes, ambos trazem contribuições importantes para a compreensão do discurso da ciência.

De qualquer forma, é inegável a preocupação de Lacan com o poder do discurso da ciência e com as suas conseqüências para a singularidade do sujeito. Ao refletir sobre as características da sociedade contemporânea, ele afirma que estas estão intrinsecamente relacionadas com os avanços tecnológicos e científicos.

As interrogações de Lacan também são pertinentes, se pensarmos na instituição

hospitalar e na subjetividade daqueles que estão, de alguma maneira, envolvidos com ela. Isto porque se trata de um ambiente no qual o discurso da ciência exerce uma grande influência e exige uma produtividade contínua. Na vinheta clínica “Motivo para não querer viver?” (p.19), por exemplo, pôde-se observar o mal-estar instalado nos médicos por não conseguirem estabelecer um tratamento efetivo para a paciente. Várias foram as tentativas de se produzir, em vão, um saber capaz de fornecer respostas para as suas dúvidas. Eles utilizaram todos os recursos da medicina e não encontraram a cura para a doença. Ou seja, houve uma busca incessante pela produção de um conhecimento que, supostamente, seria capaz de resolver o problema da doente.

Assim, a partir da presença importante do discurso da ciência no hospital geral, julgamos pertinente apresentar tal modo discursivo nesta dissertação e propomos discutir as contribuições da psicanálise neste contexto no quarto capítulo. Prosseguindo com os quatro discursos radicais e, de acordo com o movimento de rotação dos matemas, apresentaremos o discurso do psicanalista.

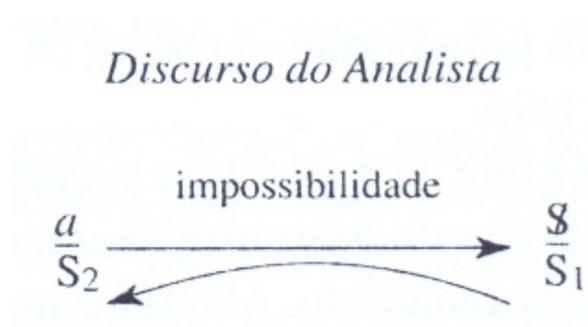
3.3 O Discurso do psicanalista

Quando o praticante de psicanálise é solicitado no hospital geral, espera-se dele um trabalho semelhante àquele desenvolvido pelos médicos. Há uma expectativa de que ele seja capaz de oferecer respostas, de diminuir o sofrimento alheio, de apontar qual o melhor caminho a seguir e, até mesmo, de convencer o paciente a cumprir os tratamentos propostos. A diferença entre eles seria somente o fato de que os médicos tratam dos aspectos físicos enquanto os praticantes lidam com os subjetivos. Este modo de pensamento é próprio da lógica positivista e do conhecimento científico. Além disso, é predominante na instituição hospitalar.

Contudo, a diferença entre a equipe médica e a clínica de praticantes não se resume ao objeto de estudo. Existe uma divergência radical no que diz respeito ao tipo de laço social estabelecido e, conseqüentemente, à posição ocupada por cada um deles na discursividade. Sendo o médico o representante do saber científico, muitas vezes, ele responde do lugar de maestria e impõe a sua ordem. Isto pôde ser visto na vinheta clínica “Magra e bonita” (p.75). Nela, o cirurgião claramente convence a paciente a submeter-se à cirurgia de redução do

estômago sem considerar os seus medos e as suas inseguranças. Ele priorizou o cumprimento do protocolo e os interesses institucionais.

Neste mesmo fragmento de caso, pôde-se observar a diferença na conduta da praticante. Ela optou por uma postura de não diretividade quanto à realização da cirurgia. Tal conduta diz de uma atenção à singularidade da paciente e de uma tentativa de que ela fosse ouvida nas suas questões. Este posicionamento aponta para uma outra forma de relação entre o sujeito e o outro que foi denominada por Lacan de discurso do psicanalista:



O discurso do analista é marcado pelo objeto “a” na posição de agente. Isto significa que o analista não responde do lugar de maestria e, por isso, estabelece um modo de laço social que é o reverso do discurso do mestre. Ele não pretende dominar o analisante e nem impor a sua vontade. É uma discursividade sem tentativas de dominação em que o significante mestre não está no lugar de agente e sim no lugar da produção. Entretanto, assim como as outras formas de enlaçamentos, também guarda em si uma impossibilidade, a saber, a de tudo analisar.

Dessa maneira, no discurso do psicanalista o outro é tratado como sujeito castrado, cindido. Há uma consideração da singularidade do um a um que não ocorre nas demais discursividades. Todavia, é importante ressaltar, isto não significa dizer que esta forma de relação seja melhor do que as demais. Cada uma delas possui as suas particularidades e têm o seu valor de acordo com o contexto em que estão inseridas.

No caso do consultório privado, uma das principais características deste modo discursivo é a de impulsionar o ato analítico. O sujeito chega à análise com vários significantes que ele acredita dizerem da sua verdade. Ao relatar, por exemplo: “Sou muito ansioso, bravo, nervoso”, ele opera com o discurso do mestre e acredita que estas palavras definem o que ele é. O analisante exige do analista soluções para os seus problemas como se um outro fosse capaz de eliminar a sua barra estrutural. Ou seja, de acordo com Lacan, “a

prática analítica é propriamente iniciada por esse discurso do mestre”. (LACAN, 20-05-70/1992, p.161).

Contudo, o analista não lhe fornece respostas e não aceita o posto de significante mestre. A consequência desta recusa é um movimento de um quarto de giro no discurso, uma passagem do discurso do mestre para o discurso histórico. O analista coloca-se como objeto causa de desejo para o sujeito de forma a convidá-lo a falar. Através da fala algo da ordem do inconsciente aparece e é marcado pelo analista. Assim, acontece a histerização do discurso do analisante e um processo de desidentificação fundamental para o tratamento analítico se inicia.

Neste modo discursivo, o analista ocupa o lugar de *semblante* de objeto “a”. Ele não corresponde a uma pessoa especificamente e é vazio de qualquer substancialidade. No entanto, através da transferência sustentada pelo sujeito suposto saber, a intervenção do analista permite que o sujeito produza os significantes mestres da sua divisão e se aproxime, de alguma forma, da sua verdade. Por este motivo, o lugar da produção é ocupado pelo S1 e o da verdade pelo saber no nível latente.

O saber presente no discurso do analista se refere ao suposto saber depositado no analisante e, principalmente, ao saber inconsciente do próprio sujeito. Não se trata do “saber fazer” do escravo tal como no discurso do mestre, nem da produção consequente do discurso histórico e muito menos do saber burocrático descrito pelo discurso da universidade. Ou seja, ele é o único que permite a travessia da fantasia no final da análise e que não pretende dizer toda a verdade. Isto porque, como discutido anteriormente, esta só pode ser dita por um semi-dizer.

No tratamento analítico, a questão é o saber da verdade de acordo com a experiência do um a um. Quando o sujeito do inconsciente emerge na sessão, algo do insuportável do real aparece entre S1 e S2 e isto é pontuado pelo analista. Para aplacar a angústia dessa situação, rapidamente o analisante desenvolve uma outra rede de significantes com o intuito de tamponar aquilo que ele não consegue nomear. Ele cria uma série de justificativas e explicações para uma fala que disse mais do que ele gostaria. Trata-se de uma tentativa de lidar com o Outro que não existe e com a inexistência da complementaridade na relação sexual.

Dessa forma, apesar da verdade não poder ser toda dita, algo referente a ela deve ser tocado no processo de análise. Para isto, é fundamental que o analista ofereça a sua escuta e convide o sujeito a falar. Na posição de objeto “a”, o analista se coloca como resto da produção subjetiva do sujeito nos seus modos de enlaçamento com o outro. Ele “faz-de-

conta” de objeto “a” e incentiva o aparecimento do desejo do sujeito enquanto desejo do Outro. Isto possibilita que na cadeia significante apresentada pelo analisante surja aquilo que diz do real. Consequentemente, permite ao analista fazer intervenções que, de alguma maneira, abordem a sua castração.

Contudo, ocupar o lugar de objeto “a” e estabelecer um tratamento analítico, não é tarefa simples. O analista precisa que aquilo que não é dito, que está entrelinhas, apareça para que ele possa intervir. Quando o sujeito do inconsciente surge entre os significantes, ele aponta esta experiência para o analisante. Consequentemente, marca algo da sua verdade que não se encontra presente na representação, na linguagem. Trata-se de uma maneira de convocar o analisante a produzir significantes mestres e de lhe dar “a chave da sua divisão”. (RABINOVICH, 2005, p.22).

Neste processo complexo, é preciso cuidado. Em *Televisão* (1974/2003), Lacan recomenda prudência no manejo da transferência. O analista não pode assumir o lugar de mestre e fazer intervenções de acordo com o seu saber. Isto porque, o saber que se encontra no lugar da verdade no discurso do psicanalista não é o saber do analista e sim um saber a ser buscado. Trata-se de um saber próprio ao analisante, o qual somente ele tem acesso. Cabe ao analista citar a fala do analisante de forma que este escute o que diz e se aproxime da sua verdade.

Neste sentido, o analista convida o sujeito cindido ao trabalho subjetivo. Ele propõe ao analisante lidar com a sua falta a ser e convoca-o a abrir mão do mais-de-gozar que lhe consome. As formações do inconsciente que se apresentam na análise surpreendem o analisante e fazem com que ele estabeleça outras formas de laços sociais diferentes daquelas que o levaram ao processo psicanalítico. Ou seja, é a partir das pontuações do analista que o inconsciente passa a ser considerado pelo sujeito e ele pode ter revelado para si um saber que é somente seu.

Assim, o processo de emergência do sujeito do inconsciente é próprio da análise. É através da pontuação do analista que o analisante não só vive esta experiência, como é capaz de se dar conta da existência daquele que, em sua casa, também é senhor. De acordo com Lacan é “na trama do discurso do psicanalisante” que algo da ordem do inominável aparece e pode ser interpretado pelo analista (LACAN, 17-12-1969/1992, p.38). Contudo, para que este processo se desenvolva é fundamental que o analista seja colocado na função de sujeito suposto saber. É importante que o analisante acredite que o analista tenha respostas para as suas angústias. Em outras palavras, sem a mola-mestra da transferência não há possibilidade de tratamento psicanalítico.

Tendo em vista as condições necessárias para a instituição do discurso do analista, podemos afirmar que o estabelecimento de tal modo de relação no hospital geral é tarefa complexa. Quando o paciente busca a cura para a sua doença e o alívio para as suas dores, ele espera que o médico ou que a própria instituição resolva os seus problemas. Ele deposita um suposto saber nestas figuras e as coloca no lugar de maestria. Tendo como base a lógica positivista como forma de pensamento, não imagina que as suas questões sejam de uma outra ordem que não a biológica e por isso nem sempre coloca o praticante de psicanálise no lugar de suposto saber.

Todavia, em certas situações, observa-se a importância da presença do praticante no contexto médico. Na vinheta clínica “Uma recusa de tratamento” (p.16), a praticante escutou os aspectos subjetivos do paciente apesar do incômodo dos demais profissionais de saúde. Ele se recusou a submeter-se a sessões de hemodiálise e optou por ir para casa, morrer. A praticante foi convidada a ocupar o lugar de maestria e convencer o paciente do tratamento proposto. Entretanto, ela preferiu não assumir a posição de significante mestre mantendo-se como objeto “a”, o que permitiu o paciente assumir o próprio desejo.

Neste sentido, cabe ao praticante de psicanálise ouvir os pacientes, os familiares e todos os envolvidos com a instituição hospitalar. Apesar de não termos por objetivo discutir a viabilidade do trabalho do consultório do analista no hospital, julgamos pertinente ressaltar as principais características do discurso do analista de modo a compreender as dificuldades e as possibilidades da presença desta discursividade neste contexto. No quarto capítulo desta dissertação, discutiremos a prevalência de determinados laços sociais neste ambiente e o que pode o praticante de psicanálise diante desta realidade.

3.4 O discurso da universidade

No hospital geral, a presença dos protocolos é bastante comum. Existem manuais ditando os passos a serem seguidos para as mais diversas situações. Os médicos e os outros profissionais de saúde utilizam as normas e as regras estabelecidas pelo conhecimento científico para conduzir os tratamentos dos pacientes. Os enfermeiros seguem, nos cuidados assistenciais aos doentes, um determinado padrão de trabalho prescrito pelos protocolos que deve ser rigorosamente atendido. Nos setores de admissão, internação e administração

também existem fichas a serem preenchidas e critérios a serem seguidos que orientam as condutas dos funcionários. De maneira semelhante, os pacientes e os familiares também estão submetidos ao chamado “sistema” que dá as ordens sobre os exames, as prescrições, os pagamentos e até sobre qual o dia da alta hospitalar.

De fato, os protocolos possuem a função de agilizar as tomadas de decisão e dirigir o trabalho dos profissionais. Eles facilitam a condução dos casos em um ambiente de alta complexidade, em que a vida e a morte estão muito próximas. Além disso, têm a seu favor a objetividade, a eficiência e a rapidez, tão valorizadas na contemporaneidade. Por outro lado, excluem as situações particulares, as exceções e a singularidade do um a um. Eles não permitem que aspectos subjetivos sejam considerados na medida em que esses não podem ser padronizados. Conseqüentemente, descartam aquilo que é de um outra ordem que não a concreta e observável, para que o seu cumprimento não seja afetado.

Todavia, a exigência por protocolos e o aumento da burocracia não são vistos somente nas instituições hospitalares. Os chamados “*call centers*”, por exemplo, estão cada vez mais presentes nas telefonias, planos de saúde e serviços de bancos. As pessoas não sabem a quem recorrer quando querem reivindicar os seus direitos e encontram muitas dificuldades na resolução de problemas. Apesar da promessa de agilidade e excelência no atendimento, não se considera que o cliente tenha algo a dizer. Quase sempre, a conseqüência disto é o sentimento de descaso, irritação e mesmo de “loucura” por parte daqueles que precisam dos serviços.

Tendo em vista o crescimento da burocracia e a sua forte influência no contexto contemporâneo, Lacan procurou compreender e formalizar este modo de relação do sujeito com o outro. Através do movimento de um quarto de giro a partir do discurso do psicanalista, ele estabeleceu o discurso da universidade. Nele, o lugar de agente é ocupado pelo saber e na posição do outro se encontra o objeto “a”:



No nível manifesto desta discursividade, temos a formulação do processo educativo e,

por isso, a denominação do discurso. Há uma pretensão de tudo saber, de tudo educar e de evitar qualquer tipo de erro ou falha. Trata-se de um modo discursivo que objetiva o saber como totalidade e que, portanto, tenta eliminar todos os fatores que possam interferir no cumprimento da sua meta. O lugar de agente nesse discurso pode ser ocupado por um professor, um pai, uma mãe, uma instituição ou qualquer figura que coloque o outro na posição de aprendiz.

Na busca por uma funcionalidade perfeita, o S2 se dirige ao estudante que ocupa o lugar do outro. É ele quem realiza o trabalho e que produz, colocando-se de acordo com as ordens impostas pelo saber. Entretanto, ele nada sabe sobre a sua produção. Diferentemente do escravo, tal como descrito por Hegel em “A fenomenologia do espírito” (1807/1999), o estudante não possui o “saber fazer” e fica submetido a um outro que detém tal saber. Por este motivo, Lacan (1969-1970/1992) o denomina de o *a*-estudante. Ele é o resto, é o resíduo da operação significante.

Com os avanços científicos e tecnológicos, muitas mudanças ocorreram nos laços sociais. A partir da Revolução Industrial, o mestre se apropriou do saber do escravo. Passou a ser proprietário do “saber fazer” e adquiriu o status de gerente. Aquele que sabia passou a não saber mais e se tornou o *a*-estudante, o proletário, carente de ensinamento. Além disso, com as reivindicações dos direitos trabalhistas e com as conquistas dos funcionários, as relações ditatoriais e de exploração passaram a ser proibidas. Existem sindicatos e organizações que impedem o abuso de poder e protegem os indivíduos de maus-tratos.

Neste sentido, o discurso do mestre sofreu uma torção, o saber passou do lugar de outro para o lugar de agente. Ou seja, algo do poder do discurso do mestre permanece na contemporaneidade, porém com uma outra roupagem. De acordo com Lacan, “o que permanece é o mandamento, o imperativo categórico *Continua a saber*”. (LACAN, 11-03-1970/1992, p.111). Isto é marcado no matema lacaniano pelo S1 no lugar da verdade. Ele impõe a sua ordem e se coloca como uma autoridade no nível latente. Nas palavras de Rabinovich, “O discurso da universidade se apresenta como um prolongamento do discurso do mestre. É a sua versão moderna (segundo Lacan, o discurso da burocracia).” (RABINOVICH, 2005, p.21).

Contudo, como apontado por Freud em “Análise terminável e interminável” (1937, 1974), existe uma impossibilidade de tudo educar. Há algo que escapa a qualquer tentativa de dominação e que não pode ser apreendido pela linguagem. Conseqüentemente, existem furos e hiatos que não podem ser previstos pelo saber, conforme entendido pelo discurso da universidade. Apesar das tentativas de prevenir a presença de qualquer acaso através da

burocracia, da teoria e dos protocolos, existe algo de uma outra ordem que interfere na busca pela funcionalidade perfeita. Trata-se do real que não possui nenhuma lei e que não pode ser nomeado pelos recursos simbólicos.

Assim, a produção deste modo de relação é o sujeito barrado e o sintoma como a sua expressão ôntica. Apesar dos seus esforços para atender ao mestre moderno, o astudado (outra denominação utilizada por Lacan para se referir ao estudante) está sempre em defasagem. Ele não consegue atender às cobranças do saber que pressiona por uma produtividade cada vez maior e mais eficaz. Atualmente, isto pode ser visto com clareza através das exigências do mercado de trabalho. As empresas, as indústrias e os hospitais exigem profissionais cada vez mais qualificados, mais capacitados e sempre dispostos a adquirir maior conhecimento técnico.

Neste sentido, a produção do discurso da universidade é o \$, agente do discurso da histórica. Ela nunca está satisfeita e insiste na busca por um funcionamento sem falhas. O significante mestre no lugar da verdade impõe o seu imperativo: saber mais. Se ocorre algum tipo de interferência no processo, rapidamente procura-se solucionar o problema. Trata-se de complementar as normas de maneira que elas se tornem mais eficientes e não permitam que o diferente mude o padrão estabelecido. Isto justifica o aumento da burocracia no contexto contemporâneo e a frequência cada vez maior dos protocolos.

Diante da tentativa de controle absoluto, algo escapa, interferindo no bom funcionamento da organização. O sujeito não segue as regras e possui a capacidade de subverter o cumprimento dos protocolos vigentes. Isto pôde ser visto claramente nas vinhetas clínicas “As marcas do gozo” (p.21) e “A outra” (p.33). Na primeira delas, a paciente foi internada no hospital várias vezes e passou por diversas cirurgias. Contudo, ainda assim, continuou sendo um desafio para os médicos que não sabiam como lidar com o seu gozo. No fragmento “A outra”, verificamos duas mulheres reivindicando o direito de visitar o paciente. De acordo com as normas, apenas uma pessoa poderia estar com ele e receber as notícias médicas. Esta situação gerou dúvidas e mal-estar nos funcionários.

Nas vinhetas clínicas descritas, determinadas posições subjetivas dificultaram o cumprimento das regras estabelecidas no hospital. A saída encontrada pelo discurso burocrático é excluir os aspectos subjetivos na medida em que eles não podem ser padronizados. Ou seja, há uma desconsideração daquilo que é de uma outra ordem que não a tecnicamente prevista para que tudo continue funcionando bem.

Dessa maneira, o sujeito está foracluído nesta discursividade na medida em que um significante não representa o sujeito para outro significante. O conteúdo latente revela a

impossibilidade de o sujeito barrado articular-se com o significante mestre da sua divisão e, com isso, fica impotente em atingir a sua verdade. Todavia, ele acredita que um dia irá adquirir todo o conhecimento necessário para ser promovido, reconhecido, e amado pelo seu senhor. Ou seja, ele está aprisionado ao Outro em uma relação mortífera na qual o gozo está sempre presente.

Lacan é bastante severo ao criticar o discurso da universidade tendo em vista as suas conseqüências para o sujeito e a sua influência no contexto contemporâneo. Segundo ele, “o fato de que o tudo-saber tenha passado para o lugar do senhor” fez com que se estabelecesse uma “nova tirania do saber”. (LACAN, 17-12-1969/ 1992, p.32). Ou seja, o conhecimento burocrático passou a ser o detentor do poder de mando e passou a ditar as regras e as normas a serem seguidas. Na medida em que ele “tem as suas próprias leis” (LACAN, 14-01-1970/1992, p.42), há uma imposição de tudo-saber e uma tentativa de normalização para prevenir qualquer espécie de inesperado.

No hospital geral, isto pode ser visto com clareza através da exigência pela acreditação da ONA. Conforme descrito na vinheta clínica, existe uma cobrança pela padronização dos procedimentos que atinge todos os setores e clínicas. No caso da equipe de psicologia, isso não foi diferente. Apesar de lidar com algo que não é concreto e quantificável, os praticantes de psicanálise também tiveram que se haver com a ordem da diretoria. Ou seja, independente das particularidades de cada trabalho, a prioridade é o estabelecimento de manuais e o objetivo é eliminar o surgimento do imprevisto. Trata-se de uma forma de controle em que a objetividade e a qualidade são os grandes álibis. Em nome da excelência no atendimento ao cliente, os aspectos subjetivos são excluídos e desconsiderados, mesmo que isso aconteça de maneira velada.

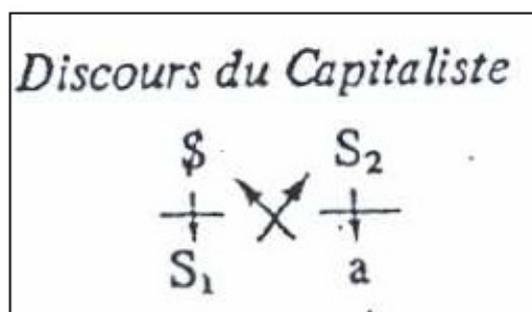
Assim, o discurso da universidade é muito presente no âmbito hospitalar. Todos os envolvidos com a instituição estão, em certo sentido, submetidos ao seu poder. Em determinadas situações, isso é facilmente percebido. Já em outros contextos, a imposição da burocracia é mais sutil e mais complexa. De qualquer maneira, cabe ao praticante estar atento a esta realidade de forma a agir de acordo com a ética da psicanálise. Além disso, cabe a ele pensar, especificamente, sobre a influência desta discursividade no ambiente hospitalar e sobre as conseqüências deste modo de relação para o sujeito na contemporaneidade.

3.5 O discurso do capitalista

Com a Revolução Industrial, novas formas de relação foram introduzidas nas sociedades contemporâneas. A partir do instante em que o saber prático passou a ser teórico e a burocracia assumiu o lugar do poder antes ocupado pelo mestre antigo, uma mudança importante ocorreu nos laços sociais.

Em dezembro de 1969, Lacan questiona a troca de senhores ocorrida após a apropriação do saber do escravo pelo mestre e marca a influência do discurso universitário na atualidade. Além disso, ele critica as conseqüências dessa discursividade para o sujeito, e aponta para um outro modo discursivo, a saber, o discurso do capitalista. Nas suas palavras, “o que se opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação no lugar do saber”. (LACAN, 17-12-69/1992, p.32). Entretanto, esse discurso do qual Lacan diz, não tem ainda a formalização que ele lhe dará em 1972.

Na Conferência de Milão em 1972, Lacan formaliza o discurso do capitalista e lhe dá uma nova configuração que contraria a lógica discursiva dos discursos radicais. Ao se perguntar sobre a posição ocupada pela psicanálise na cultura e na política, ele indica um quinto discurso que se coloca como uma exceção aos quatro discursos radicais. É uma discursividade que difere das demais por ter uma lógica de funcionamento própria e por não possibilitar o estabelecimento de laços sociais. Isto pode ser visto claramente através do posicionamento das setas no matema que o representa:



O discurso do capitalista se assemelha ao discurso do mestre. Ao observarmos a sua fórmula, verificamos que ele possui uma disposição bastante parecida com a do discurso do mestre, porém com os termos do lado esquerdo invertidos. É a partir da dialética hegeliana do

senhor e do escravo que Lacan discute o lugar do saber nas relações e aponta para as mudanças ocorridas com os avanços da tecnologia, da ciência e da própria universidade.

Por outro lado, o discurso do capitalista também é muito influenciado pela lógica que rege o discurso da universidade. Com a transferência do saber do escravo para o mestre, isto é, com a transformação do discurso do mestre em discurso da universidade, o saber teve o seu estatuto modificado. Nas palavras de Lacan, “a função de quem ensina é da ordem do papel, do lugar a sustentar, que é, incontestavelmente, um certo lugar de prestígio”. (LACAN, 14-01-1970/1992, p.43). Contudo, a partir do instante em que o saber adquiriu um lugar no mercado de consumo e passou a ter valor de compra, de venda e de troca, transformou-se em um objeto qualquer possível de ser obtido. Através da sua globalização, todos puderam ter acesso a ele que passou a estar submetido às condições de oferta e procura como outros produtos. Assim, a impotência do \$ em atingir a sua verdade, o S1, marca do discurso da universidade, é escamoteada pela pretensa circulação dos termos no discurso do capitalista.

Semelhante ao processo sofrido pelo saber, o escravo também teve o seu valor afetado. Se antes ele detinha o “saber fazer” e isto lhe dava alguma estima, hoje se transformou no proletário carente de aprendizado. O novo trabalhador adquiriu um valor de mercado que pode ser comprado e vendido de acordo com as leis capitalistas. Ou seja, ele se converteu em um objeto de consumo como outro qualquer. Quando não atende às exigências da empresa, da indústria ou do hospital, é rapidamente substituído por um outro que supostamente possui maior qualificação.

Neste sentido, o capitalismo introduz uma nova relação discursiva. O saber e o trabalhador são transformados em mercadorias e passam a ser tratados como qualquer outra espécie de produto. Eles adquirem o estatuto de “objeto” e por isso são denominados de objeto “a” por Lacan. Enquanto bens de consumo, são negociados de acordo com as leis de oferta e procura do mercado.

A conseqüência deste processo é uma mudança importante na relação do sujeito com o seu desejo. Diferentemente dos quatro discursos radicais, o discurso do capitalista não apresenta uma impossibilidade na sua estrutura. Como dito, ele tem como característica principal uma circularidade completa uma vez que todos os postos do matema podem ser alcançados. Ao produzir uma subversão do desejo do sujeito, o discurso do capitalista faz com que este acredite na possibilidade de eliminar a sua castração. Crente na existência do grande Outro e na complementaridade entre os sexos, o sujeito consome objetos que agora lhe são acessíveis e que lhe trazem alguma satisfação, como se a completude fosse possível.

Ao ocupar o lugar de dominância, o sujeito considera-se o detentor do saber e acredita

ser capaz de comandar o objeto “a”, o mais-de-gozar. Há uma relação direta entre o sujeito e o objeto, na medida em que o sujeito passa a ser o consumidor e o objeto o produto a ser consumido. Esta é uma outra característica do discurso do capitalista, a saber, a de manter não apenas a produção de objetos, mas também dos seus consumidores. Ou seja, apesar da sua aparente e sedutora promessa de felicidade, ele impõe a sua lei e deixa o sujeito submetido à sua ordem. Isto pode ser visto no matema através do significante mestre no lugar da verdade.

Neste sentido, o objeto assume uma certa substancialidade e passa a despertar o interesse do consumidor que o procura com avidez. Em Maio de 1970, Lacan denomina estes objetos descartáveis da contemporaneidade de *latusas* e, em seguida, de *ventosas*. (LACAN, 1969-1970/1992). Trata-se de objetos que podem ser encontrados em todos os lugares, desde os *shoppings centers* até as esquinas mais próximas. Eles são produzidos pela ciência, explorados pelo capitalismo, divulgados pela mídia e trazem em si a promessa de um acesso ao mais-de-gozar.

Os objetos de consumo rápido, também denominados de *gadgets*, estão submetidos ao saber, às técnicas e às leis de mercado. Eles exercem um certo fascínio no sujeito que neles encontra a possibilidade de não lidar com a sua falta-a-ser. Iludido com a suposta solução para o seu problema, o sujeito se afasta do outro, ou seja, daquele que também poderia lhe trazer a felicidade. Ele acredita que ao comprar determinado produto, a sua barra estrutural será eliminada. Consequentemente, não estabelece laços sociais e não se aproxima da sua verdade. Por este motivo, o discurso do capitalista aponta para “um certo tipo de rejeição da castração, em todos os campos do simbólico”. (SOUZA, 2003, p.139).

Assim, no discurso do capitalista, existe uma fantasia por parte do sujeito de que ele pode suprir a sua falta através da compra de um celular, de uma roupa, de um imóvel ou de qualquer outro produto. Com isso, ele acredita que a sua divisão subjetiva deixará de existir. Contudo, a satisfação imediata oferecida pelo capitalismo é ilusória. Isto porque ela não trata daquilo que realmente interessa ao sujeito, qual seja, o saber sexual. A saída encontrada pelo discurso do capitalista é estar sempre desenvolvendo maneiras de manter o sujeito iludido e submetido às leis de mercado. Isto é feito através da oferta de produtos mais novos, mais eficientes e mais fáceis de serem consumidos. O *marketing* e a propaganda se encarregam de exibí-los e de torná-los mais atraentes aos olhos dos consumidores.

4 O HOSPITAL GERAL E OS LAÇOS SOCIAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA

A instituição hospitalar possui características próprias que lhe fornecem um prestígio importante na sociedade em geral. Como dito, independentemente da doença e de sua gravidade, ela é vista como um local em que a cura e a reabilitação são sempre possíveis. Contudo, a convivência diária com o funcionamento do hospital revela algo a mais do que a promessa por tratamentos eficazes e pela valorização da vida. Isto foi surpreendentemente percebido pela pesquisadora desta dissertação enquanto uma das praticantes de psicanálise da instituição em estudo. Diante dos desafios impostos pelo contexto do hospital geral, a praticante deu-se conta da importância da sua análise pessoal para o exercício da profissão nesse ambiente.

No consultório privado, o analista disponibiliza a sua escuta e permite que algo da ordem do inominável se revele para o sujeito. Ele propicia condições para que alguma coisa da enunciação se faça presente e aposta no valor da produção do sujeito, independentemente de qual seja o seu conteúdo. Trata-se de dizer ao analisante que, mesmo sendo ele dividido, existe alguém ali disposto a lhe ouvir. Tal conduta está de acordo com o comentário de Lacan (1992) segundo o qual o analista deve convidar o sujeito a falar despreziosamente. No seu dizer:

Entrementes, apontemos que na estrutura chamada de discurso do analista este último, vejam bem, diz ao sujeito: - Vamos lá, diga tudo o que lhe passar pela cabeça, por mais dividido que seja, por mais que isso manifestadamente demonstre que ou bem você não pensa, ou bem não é absolutamente nada, isso pode funcionar, o que você produzir será sempre válido. (LACAN, 11-03-70/1992, p. 112).

Dessa maneira, sustentado pelo discurso do analista, um psicanalista em seu consultório permite o giro e a circularidade entre os outros discursos radicais. Na posição de objeto “a”, ele não se envolve em nenhuma espécie de disputa por poder. Depois de passar por um processo de destituição subjetiva, ele sustenta o discurso do analista, transita pelas discursividades e apenas “faz-de-conta de”. Consequentemente, o analisante tem a oportunidade de tratar as suas questões e de, quem sabe, tornar-se ele mesmo um psicanalista.

Para que um analista seja produzido, é necessário que um analisante chegue ao final da sua análise. Através de um processo de destituição subjetiva, o sujeito sente a queda dos significantes-mestres que o representavam e se vê como pura falta, como puro objeto. De acordo com Quinet (2009), os significantes não cumprem mais a função de tamponar a

questão do “quem sou?” e o sujeito se percebe reduzido à sua divisão. Nas suas palavras: “Não é raro esse processo de desidentificação ser experimentado como um momento de “despersonalização”, por se verem abalados os ancoramentos simbólicos do sujeito que é liberado no jugo das identificações”. (QUINET, 2009, p. 102). Ou seja, a partir desse processo, o sujeito se reconhece tanto como pura falta-a-ser quanto como objeto.

Assim, quanto mais próximo do final de análise, mais próximo o analisante está de se tornar pura falta. O analista torna-se desnecessário, perde o seu valor de agalma e é deixado de lado pelo analisante por se reduzir a um significante qualquer. Se durante o tratamento psicanalítico o sujeito precisava falar para escamotear a sua castração, depois do seu término ele já não sente tal necessidade. Isto porque uma mudança importante ocorre na forma do sujeito lidar com a realidade. Ele renuncia aos significantes que, supostamente, lhe diziam quem era e desiste de buscar o significante “Um” da sua divisão. Além disso, passa a não mais acreditar na complementaridade entre os sexos e não se ilude com a idéia de completude.

A partir da posição de “a”, o analista normalmente se abstém de responder às demandas do analisante e propicia as condições para que um tratamento analítico se estabeleça. Sabendo-se externo ao que se passa ali no seu consultório privado, ele não impõe nenhum modo discursivo e não pretende dominar o analisante. Diferentemente, tem uma posição subjetiva de “morto” decorrente do seu próprio final de análise, da sua destituição subjetiva. Tal posicionamento está de acordo com o comentário de Quinet (2009), segundo o qual: “A destituição subjetiva corresponde ao advento do ser. Sendo o sujeito falta-a-ter e falta-a-ser, no final da análise é em (-φ) ou em (a) que aparece seu ser”. (QUINET, 2009, p.102). Trata-se de uma posição em que o analista se sabe enquanto pura falta, enquanto dividido e descrente nos significantes que, supostamente, lhe identificavam.

Na “Proposição de 9 de Outubro de 1967”, Lacan descreve o final da análise e aponta para a queda do lugar de sujeito suposto saber antes pretensamente ocupado pelo analista. Quando o analista é largado pelo analisante e passa a ter um valor de resto, constata-se o término do tratamento e o surgimento de um novo analista. Em relação a este processo do analisante, Lacan afirma:

Sua significação de sujeito não ultrapassa o advento do desejo, fim aparente da psicanálise, mas resta aí a diferença do significante ao significado, que vai cair sob a forma do (-φ) ou do objeto (a) entre ele e o psicanalista, na medida em que este vai reduzir-se ao significante qualquer. (LACAN, 1995, p.14).

Após ter passado pela destituição subjetiva, o novo analista permite a transição entre

as discursividades de seu analisante. Isto é possível na medida em que ele, sustentando o discurso do analista, não tem como objetivo qualquer posição de maestria ou de disputa com o analisante. Ao contrário, ele apenas convida o sujeito a falar e se recusa a ocupar determinados lugares sugeridos pelo analisante. Trata-se de uma posição subjetiva importante pois favorece a circularidade entre os discursos.

No início do tratamento analítico, por exemplo, o analista possibilita a passagem do discurso do mestre para o discurso histórico. Ele interpreta a fala do analisante interrompendo a sessão e propiciando uma desvinculação entre o S1 e o S2. Conseqüentemente, é provável que o sujeito passe a agenciar o discurso do lugar de \$ e a demandar que o analista ocupe o lugar de significante mestre. Estando do lado “de fora do discurso”, o analista não responde do lugar de maestria e, novamente, propicia um giro no discurso. Com isso, possivelmente, acontece a passagem do discurso histórico para o discurso do analista e um processo psicanalítico se desenvolve. O analisante deposita um suposto saber no analista e a transferência se estabelece. Nesta circunstância, o analista faz *semblant* de objeto causa-de-desejo do analisante.

Há de se notar que nesse momento, trata-se, efetivamente, da forma ideal do discurso do analista, pois aqui o que está agenciando o analisante (\$) é o seu objeto causa-de-desejo. Mas, isso ocorre apenas pontualmente na sessão. Em termos habituais, a sessão analítica clássica se desenvolve em uma discursividade histórica. Na sessão analítica, esse lugar de “a” em sua junção com o \$ não é sustentado por um período longo. Logo, ele é cortado finalizando-se a sessão (disjunção).

De fato, a circularidade nos modos discursivos do analisante é fundamental para um tratamento psicanalítico. Contudo, aqui queremos ressaltar a circularidade dos discursos. Isto porque quando o analista passa pela destituição subjetiva, por seu final de análise, ele não apenas é o objeto “a” como também pode até fazer *semblant* na posição de agente de outros termos discursivos. No dizer de Lacan: “Mas, enfim, esse discurso analítico, é necessário, pois, não esquecer, queiram me desculpar se eu certamente nele não me coloco”. (LACAN, 1973-1974/2009, p.13, tradução nossa) ⁵. O analista pode fazer *semblant* de S1, S2 e de \$ sem se identificar a esses significantes e operar com os discursos radicais apenas “fazendo-de conta de”. Trata-se de um recurso muito interessante para aqueles que pretendem exercer a escuta psicanalítica, seja no consultório privado ou nas instituições.

No caso do exercício da psicanálise nas instituições, Lacan é enfático ao dizer da

⁵ Mais enfin , ce discours analytique , faut quand même pas oublier, pour m'excuser si je n'y colle pas tout à fait.

importância da análise pessoal para aqueles que objetivam realizar tal trabalho. Segundo ele, a chamada psicanálise em *extensão* não se sustenta “sem um apoio certo no real da experiência analítica.” (LACAN, 1995, p.9). No seu entendimento, é fundamental que o praticante trate das suas questões no consultório privado, através da chamada psicanálise em *intensão*. Isto para que ele exerça a sua profissão de acordo com a ética do desejo e, quem sabe, chegue ao final de sua análise e se saiba enquanto pura falta. Nas palavras de Lacan:

A raiz da experiência do campo da psicanálise colocado em sua *extensão*, única base possível para motivar uma Escola, deve ser encontrada na própria experiência psicanalítica, queremos dizer tomada em *intensão*: única razão justa a ser formulada da necessidade de uma psicanálise introdutiva para operar nesse campo. (LACAN, 1995, p.8 e 9).

Assim, diante dos desafios enfrentados no hospital geral, a praticante deu-se conta do valor da sua análise pessoal especificamente em relação às discursividades. Ela percebeu que quanto mais perto do seu final de análise, quando mais perto de ser objeto “a”, mais facilmente ela transita pelos discursos radicais. Ocupar os lugares de agente nos discursos do mestre, da histórica e mesmo da universidade torna-se um recurso de grande valia para o estabelecimento de algo referente a atuação psicanalítica no espaço hospitalar. Ao fazer *semblant* de S1, \$ e S2, sem se identificar com os mesmos, a praticante pode criar um ambiente favorável para que alguma mudança aconteça na postura subjetiva do sujeito envolvido com o contexto médico.

Quanto mais próximo do seu final de análise, isto é, quanto mais próximo do “vazio inominável de seu ser de objeto”, mais claro está para os praticantes os aspectos de *semblant* das posições de agente. (QUINET, 2009, p.105). Com isso, não lhes é difícil perceber que, no hospital geral, pode-se fazer *semblant* enquanto agente, de qualquer um dos significantes discursivos, avaliando, a cada momento, a pertinência de cada posição, assumindo-a sem a ela se identificar. Isso é feito no caso a caso, para as melhores soluções possíveis.

O discurso do analista possibilita ao praticante na instituição hospitalar não se envolver como outro de um discurso do mestre ou de um discurso histórico. Além disso, é dessa posição discursiva, sempre se mantendo como “a”, que ele pode fazer *semblant* como agente de várias discursividades de acordo com cada momento no hospital geral. Ele pode, sempre se mantendo no discurso do analista, fazer semblante de S1 de um discurso do mestre, de S2 de um discurso da universidade e, mesmo, quando convier, de \$ de um discurso histórico.

Assim, quanto mais desenvolvido no seu processo psicanalítico, mais o praticante se

saberá objeto “a” e mais próximo ele estará de fazer qualquer *semblant* que lhe for conveniente. A partir do discurso do analista, ele se permite circular entre as diversidades de laço social e consegue realizar um trabalho de qualidade. Quanto mais longe do seu final de análise, mais dificuldade o praticante terá para transitar entre os modos discursivos. Possivelmente, ele se sentirá inseguro, não conseguirá localizar os modos discursivos em questão e não se posicionará da melhor maneira possível.

Freud é compreensivo com aqueles que pretendem exercer a escuta psicanalítica e aponta, com clareza, qual a conduta a ser adotada pelos candidatos a psicanalistas. Em “Análise terminável e interminável” (1937/2006), ele esclarece que:

Evidentemente, não podemos exigir que o analista em perspectiva seja um perfeito antes que assuma a análise, ou, em outras palavras, que somente pessoas de alta e rara perfeição ingressem na profissão. Mas onde e como pode o pobre infeliz adquirir as qualificações ideais de que necessitará sua profissão? A resposta é: na própria análise, com a qual começa sua preparação para a futura atividade. (FREUD, 1937/2006, p.265).

Especificamente na organização hospitalar, se o praticante não tiver chegado ao término do seu tratamento, ele terá que fazer um grande esforço para conseguir perceber qual o papel que ele deve desempenhar para solucionar a situação à qual está sendo chamado a intervir. Isto porque, como visto, trata-se de um ambiente de alta complexidade e no qual várias discursividades estão presentes simultaneamente. Não lhe será fácil fazer *semblant* de S1, S2 ou \$ se ele estiver longe do seu final de análise. Neste sentido, é essencial que o pretendente à prática de psicanálise nesse contexto inicie, o quanto antes, a sua análise pessoal.

Outro ponto importante a ressaltar é que não há no hospital geral psicanálise pura. O praticante não ocupará em sua relação com o paciente o seu lugar de direito, digo, lugar de “a” de um discurso do analista. Isto porque para que ele ocupasse o lugar de objeto causa-de-desejo de um sujeito seria necessário que uma transferência analítica se estabelecesse. Seria preciso que o paciente depositasse no praticante um suposto saber e lhe demandasse a chave da sua divisão. Lacan insiste nessa questão e afirma que a transferência “só se concebe a partir do termo *sujeito suposto saber*”. (LACAN, 1995, p.9). Aqui, não cabe discutir a presença ou não da transferência no hospital geral. Contudo, é necessário marcar que o trabalho realizado pelo praticante de psicanálise no consultório privado e na instituição hospitalar são diferentes. O espaço médico possui características próprias que impedem o estabelecimento de um processo psicanalítico no dia a dia da instituição hospitalar. Por esse motivo, cabe enfatizar

que o trânsito do praticante pelos discursos radicais torna-se um recurso de grande valia para aqueles que pretendem disponibilizar a escuta psicanalítica nesse espaço.

Dessa maneira, vejamos nos tópicos a seguir como a praticante do hospital em estudo ocupou os lugares de agente nos discursos do analista, da universidade, da histórica e do mestre e, isso, sempre consciente do caráter de *semblant* de sua posição.

4.1 O praticante no lugar de agente do discurso do analista

Em um ambiente de alta complexidade como o hospital geral, pode-se perceber a presença de várias discursividades e a maneira como elas se relacionam em uma única situação. O exemplo a seguir ilustra uma circunstância em que a praticante teve que ter muita perspicácia para localizar os modos discursivos em questão. Além disso, foi necessário que ela se posicionasse com bastante firmeza para que a subjetividade e a singularidade do paciente fossem consideradas. Vejamos o caso.

A clínica de neurologia solicitou que a equipe de psicologia atendesse Geraldo. Ele havia sofrido um acidente de carro e, após algumas cirurgias, precisava se exercitar para recuperar o movimento dos membros inferiores. O motivo para o atendimento psicológico era a recusa do paciente em fazer as atividades físicas. Quando a praticante procurou o médico para discutir o encaminhamento, percebeu o seu mal-estar diante da não adesão do paciente ao tratamento. Nas palavras do médico, o cara simplesmente: “Não faz o que a gente manda e ainda reclama da vida”. Frente a isso, o médico complementou ainda solicitando que a praticante agisse nessa situação. Disse ele: “Você tem que falar para ele que se ele não fizer o que eu estou dizendo, ele não vai sair daqui tão cedo”. Com o cuidado de não agir precipitadamente, a praticante respondeu ao médico que atenderia o paciente e que depois voltaria a conversar com ele sobre o assunto.

Os fisioterapeutas e os enfermeiros também estavam muito incomodados com a postura do paciente e, da mesma maneira, pressionavam a praticante a agir. Eles estavam sendo cobrados pelos médicos a cumprir as exigências prescritas e não conseguiam sucesso. Alguns profissionais chegaram a dizer à praticante: “Ele precisa de motivação, devem existir técnicas para isso não é?”. Havia uma expectativa grande de que a praticante estimulasse, ou mesmo mandasse, o paciente se movimentar. Como nos lembra Coura (1996), a crescente especialização das ciências médicas levou os profissionais de saúde a se afastarem bastante

dos aspectos subjetivos do paciente e a delegarem o tratamento de tais questões aos psicólogos e psiquiatras da instituição hospitalar. Nas suas palavras:

Trabalhando com aspectos cada vez mais fragmentários do doente, os profissionais de saúde tendem a se distanciar ainda mais dos antes já temidos fatores psíquicos envolvidos na sua relação com o paciente. Os componentes psíquicos da evolução clínica de um doente, em qualquer especialidade, ficam mais facilmente atribuíveis (pelos profissionais das equipes) à competência quase exclusiva de outros especialistas (psiquiatras ou psicólogos do hospital). (COURA, 1996, p.14).

Dando continuidade ao comentário de Coura, a princípio, o médico até tentou ser educado e gentil com o paciente. Ao lhe dizer: “Vai ser bom para você, para a sua saúde. Se fizer os exercícios físicos, você não vai demorar a voltar para as suas atividades normais do dia a dia”. Neste instante, ele operou com o discurso na universidade ao se colocar como um burocrata, como um gerente, explicando a situação para o paciente. Contudo, em um segundo momento, após não obter êxito na sua empreitada, o médico passou a operar com outra discursividade, a saber, o discurso do mestre. Ele assumiu o lugar de S1, deixou claro para a praticante o seu poder de mando e exigiu que ela “resolvesse os problemas emocionais” do paciente.

Neste sentido, pôde-se verificar a pressão exercida pela equipe para que a ordem médica fosse cumprida. Tal ordem foi dada pelo médico, não no intuito de demonstrar a sua autoridade ou uma posição de pai caprichoso, mas, unicamente, no sentido de que o bom funcionamento do hospital, leia-se a burocracia das normas da ONA, fossem seguidas à risca, quais sejam aquelas relativas aos melhores cuidados que devem ser dispensados aos pacientes. Ou seja, pôde-se observar a força do discurso da universidade e como ele se faz presente no contexto hospitalar.

A praticante foi convidada a colaborar com o bom funcionamento da instituição de maneira que as exigências da ONA fossem respeitadas. Havia uma expectativa de toda a equipe, sejam médicos, enfermeiros ou fisioterapeutas, de que a praticante convencesse o paciente a aderir ao tratamento proposto, sem considerar quaisquer aspectos mais subjetivos. Tal tratamento seria realizado independentemente da sua subjetividade, isto é, de sua vontade pessoal ou de seu desejo de adesão. Em outras palavras, todos consideravam que era preciso que o doente fosse enquadrado no manual ditado pelo conhecimento científico de forma imediata e resolutiva.

Para que a rotina do hospital não fosse interrompida, e para o bom andamento institucional regulado pelos protocolos que constituem as preocupações da ONA, foi exigido

que a praticante enquadrasse o paciente nos manuais. O interesse da equipe era a prevalência do bom andamento da burocracia hospitalar. Depois de muitas tentativas frustradas de alcançar a meta, a única alternativa encontrada pela equipe foi forçar a praticante a impor ao paciente as determinações do manual: “Faça exercícios físicos conforme prescrito pela equipe médica”. Eles queriam que ela transmitisse esta ordem a ele e o obrigasse a se encaixar no modelo de tratamento pré determinado pela medicina.

Todavia, malgrado a intenção do hospital de que tudo bem funcionasse, a praticante chegou a conclusão de que o que lhe era demandado era que assumisse a maestria na situação. Eles tinham a expectativa, um tanto velada, de que a praticante ocupasse o lugar de S1, tal como no discurso do mestre. Através de um poder de mando, fizesse com que o paciente “problemático” obedecesse às ordens. Contudo, apesar da geração de um certo mal-estar, a praticante optou por recusar a determinação, e por tentar fazer valer a subjetividade do paciente.

Em um primeiro momento, a conduta da praticante foi disponibilizar a sua escuta ao doente. Ele tinha 63 anos, era divorciado, e morava com um dos quatro filhos. Queixava-se muito das suas limitações e da falta de independência para movimentos simples do dia a dia. Posicionando-se como \$ no lugar de agente, ele operava com o discurso histérico ao apresentar as suas fraquezas e inseguranças exigindo do médico (S1) as diversas prescrição as quais ele se furtava a cumprir. Ele não apenas não se submetia ao tratamento proposto pelo médico, como dizia que tal conduta não ia adiantar em nada a sua melhora. Neste sentido, a princípio, ele parecia cooperativo na obediência às prescrições, mas logo assumia uma posição de senhor, apontando a falha na autoridade do médico. Apesar da insatisfação, não se implicava nas suas reclamações e exibia um certo gozo ao se colocar como debilitado e inútil apontando o fracasso dos cuidados médicos. Além disso, dizia que não havia solução para o seu problema e que estava fadado a ser um peso para a sua família.

Diferentemente do que foi demandado pela equipe, a praticante não tentou convencer o paciente a fazer os exercícios físicos. Aliás, ela percebendo a atitude histérica do Geraldo, não ocupou o lugar de S1 e impôs a ele a sua lei. Ao invés disso, convidou-o a falar e propiciou condições para que um vínculo transferencial fosse estabelecido. A praticante evitou assumir a posição de maestria e operou com o discurso do analista. Ao se mostrar disponível para que o paciente lhe colocasse no lugar de *semblant* de objeto “a”, a praticante teve o intuito de fazer com que alguma coisa desta discursividade fosse possível na relação com o paciente.

Nesta situação, o posicionamento da praticante está de acordo com o conceito de

transférization ou “transferização” desenvolvido por Freymann (2008). Segundo o autor, a “transferização” se refere a um esforço do analista para que algo da ordem da transferência se faça presente. Seria como se o praticante “prepara-se o terreno” ou “adubasse a terra” para que o “crescimento de uma plantação” fosse possível. Trata-se de um primeiro passo a ser dado pelo analista para que um certo sujeito suposto saber seja nele depositado. Na visão de Freymann (2008), a “transferização” é um recurso viável e tem conseqüências positivas nessa tentativa de estabelecimento do discurso do analista. Principalmente em se tratando de situações especialmente complexas do ponto de vista da possibilidade de um tratamento analítico de fato, tal como no hospital geral, ela se coloca como uma alternativa interessante ao praticante de psicanálise.

De fato, a escuta a partir de um lugar não diretivo, nem demandante e, muito menos de ensino, teve um efeito importante para o paciente. Como o período de internação não foi curto, ele teve a oportunidade de falar sobre outros assuntos além do seu adoecimento. De alguma maneira, questões relativas ao fim do seu casamento, à aposentadoria e à possibilidade do filho com quem morava mudar-se para o exterior, puderam ser abordadas e trabalhadas. A perda era um tema difícil de lidar para o paciente e, falar sobre isso, contribuiu, de certa forma, para uma mudança na sua posição subjetiva. Curiosamente, ele passou a ter uma postura menos radical em relação aos exercícios físicos e acabou por aceitar o tratamento proposto.

De toda maneira, independentemente da possibilidade de trabalho com Geraldo, a praticante optou, depois de alguns dias, por discutir o caso com o neurologista que havia solicitado o atendimento psicológico. Após refletir sobre o tom da sua fala e tentar localizar qual a discursividade presente, a praticante contatou o médico no hospital. Ela se deu conta do lugar que estava sendo convocada a ocupar, o de S2 na posição do outro tal como no discurso do mestre. Ele disse o que ela deveria fazer e deixou bem claro que ali, era ele quem detinha o poder de mando. Ou seja, em nome da burocracia, ele se posicionou como S1 no lugar de agente e exigiu que a praticante, como uma escrava, cumprisse as suas ordens.

Calmamente, a praticante abordou o Dr. Rodrigues e disse que gostaria de conversar com ele sobre o paciente Geraldo. Sempre com pressa, o médico foi logo dizendo: “E aí, já conseguiu fazer com que ele saia da cama?”. Apesar do lugar de importância ocupado por ele na hierarquia hospitalar, e da pressão exercida por ele para que a praticante respondesse da posição de S2, ela recusou colaborar com a manutenção do discurso do mestre. Preferiu sustentar a sua posição de objeto “a” e, mais uma vez, propor uma relação cujas coordenadas encontram-se articuladas pelo discurso do analista.

A praticante disse ao coordenador da clínica de neurologia que sentia muito, mas que não considerava como sua a função de forçar os pacientes a se enquadrarem nos protocolos ditados pela medicina. Com prudência, afirmou: “Eu sei que vocês querem que ele faça os exercícios mas eu não posso convencê-lo de se submeter ao tratamento. Ele está muito angustiado com as suas limitações e com outras perdas pessoais e, por isso, precisa trabalhar tudo que está acontecendo”. Explicou que o seu foco era a subjetividade e que, se o paciente aderisse ao tratamento prescrito, isto deveria provir uma escolha dele e não uma imposição sua (da praticante). Foi necessária muita cautela e tranqüilidade para manejar a contento a situação.

Indiscutivelmente, o médico não se sentiu confortável com a postura da praticante. Algo desconcertado, respondeu que não compreendia muito bem como seria isso e que, de qualquer forma, contava com a sua ajuda. A praticante sustentou a sua posição e disse que estaria disponível para conversarem mais sobre o assunto caso ele assim o desejasse.

Dessa maneira, apesar da presença de vários discursos e da dificuldade para localizar cada um deles, a praticante teve, *a posteriori*, a percepção e o discernimento dos interesses em questão. Tal posicionamento deve ser sustentado em ocasiões como esta para que a subjetividade seja considerada, e a circularidade entre os modos de laço social seja possível. Isto porque, de acordo com Miller, a grandeza do psicanalista está, justamente, na capacidade de discernir qual o lugar que, naquele momento ele deve ocupar, mesmo que seja o de “permanecer no lugar de dejetos” (MILLER, 1988, p.89) a fim de que mudanças possam ocorrer em determinadas posições subjetivas.

Assim, nessa ocasião, a praticante optou por operar com o discurso do analista oferecendo-se como “a”, independentemente do fato do paciente aceitar a discursividade posta e colocar a praticante como o seu objeto “a”. Em todo caso, ela efetivamente, não se posicionou como S1, S2 ou \$. Tal postura está de acordo com o comentário de Lacan, segundo o qual “O próprio analista tem que representar, de algum modo, o efeito de rechaço do discurso, ou seja, o objeto a”. (LACAN, 14-01-1970/1992, p.45). A praticante se posicionou assim porque julgou que este modo discursivo seria mais adequado diante do imperativo das outras discursividades, a saber, do discurso da universidade e do discurso do mestre. Contudo, isto não quer dizer que o praticante no hospital geral deva somente, e sempre, operar com o discurso do analista. Pelo contrário, é interessante que ele saiba transitar pelos demais enlaçamentos para que algo de uma transferência seja possível, e para que a realização do seu trabalho seja favorecida. Ele pode, inclusive, propor um laço social regido pelo discurso da universidade. Vejamos um exemplo de tal possibilidade no tópico a

seguir.

4.2 O praticante no lugar de agente do discurso da universidade

Apesar da forte influência do discurso da universidade que pode ser vista através da intensa padronização dos procedimentos e das várias regras da instituição, é inegável que a subjetividade dos profissionais se faz presente no hospital geral. Isto pode ser visto claramente no chamado “Boletim médico”. O “Boletim médico” é o momento em que o intensivista, na própria UTI, informa à família sobre o quadro clínico do seu parente. Seja ele apresentado por escrito ou mesmo oral, a postura subjetiva do representante do saber científico interfere de forma significativa nesse relato sobre o estado de saúde do doente.

A preferência dos pacientes e familiares pelos intensivistas é regularmente expressa, na medida em que há diferenças entre eles. Alguns são considerados otimistas, atenciosos e humanos enquanto outros são vistos como frios, objetivos e incompreensíveis. Além dos aspectos subjetivos, o próprio funcionamento da UTI dificulta a comunicação entre os profissionais e os usuários. Isto porque nem sempre é o mesmo médico que informa o quadro clínico do paciente. Cada dia da semana há um plantonista diferente nesse setor.

Além da rotatividade da equipe médica, outro complicador são as grandes famílias. Quando não há um parente que acompanha regularmente o caso, as possibilidades de desencontro de informações aumentam bastante. Tal situação gera ansiedade nos familiares e desgaste nos médicos que precisam repetir e explicar várias vezes o mesmo ponto para diferentes pessoas.

Enfim, a comunicação traz em si a complexidade e, em um ambiente em que a angústia está presente, ela é alvo de queixas constantes. Com frequência, a linguagem médica é motivo de críticas e de incompreensão por parte dos pacientes e dos seus familiares, seja porque não há acompanhamento da evolução clínica do paciente no dia a dia, seja por causa da especificidade dos termos. Assim, não é raro os familiares perguntarem aos profissionais *psi* sobre o estado de saúde dos seus entes queridos. Vejamos um caso que descreve tal situação:

Marta, muito humildemente, solicitou à praticante que lhe explicasse sobre a alimentação do seu pai. Constrangida, pediu desculpas por fazer tal pergunta. Sr. Heitor tinha 85 anos e sofria do Mal de Alzheimer. Havia tido uma piora importante há alguns dias o que

tinha causado a internação. No dia anterior, o médico dissera rapidamente à filha que seria necessário fazer uma gastrostomia no paciente. Sem entender o que seria tal intervenção e inibida com a postura de superioridade do plantonista, foi para casa com dúvidas e com preocupações relativas à gravidade da cirurgia. No dia seguinte, a filha do paciente perguntou à praticante o que era a chamada gastrostomia.

A conduta da praticante foi a de responder de forma simples o que era o procedimento. Disse que seu pai não tinha condições de se alimentar pela boca porque ali estava um tubo que lhe ajudava na respiração. Dessa forma, a gastrostomia seria uma cirurgia para colocar um outro tubo que levaria a alimentação diretamente para o seu estômago. Depois da breve explicação, a praticante encorajou-a a esclarecer suas dúvidas com o médico. A postura adotada pela profissional está de acordo com a visão de Granha (2000) segundo a qual emprestar palavras ao indivíduo permite que ele possa dar sentido ao que está vivendo. Fornecer explicações sobre o porquê da internação ou de tantos aparelhos pode ressitua-lo no seu discurso, apesar da possibilidade iminente de perda.

Assim, nesta ocasião, a praticante supostamente ocupou o lugar de S2 e se dirigiu ao outro, no caso à filha do paciente, como objeto “a”. Ao agenciar a relação a partir da posição de saber, operou com o discurso da universidade. Todavia, é importante ressaltar que se trata de uma suposta ocupação porque ela somente assumiu o lugar de *semblant* de S2. Ela sabe que, de fato, não detém o saber total e burocrático conforme proposto por esta discursividade e que ensinar, assim como um pedagogo, não é a sua função. Por este motivo, tal posto foi ocupado apenas circunstancialmente. Neste momento, ela fez-de-conta que possuía o tudo-saber para propiciar condições para que algo de uma transferência (ou de uma transferização no sentido anteriormente apontado) pudesse ser estabelecido. Uma estratégia possível ao praticante se, somente se, ele estiver consciente de que se trata apenas de fazer *semblant*, de criar um certo “faz-de-conta de”.

Dessa maneira, é pertinente apontar que esta conduta não é incoerente com os pressupostos psicanalíticos. Pelo contrário, a postura adotada pela profissional nesta ocasião está de acordo com o seu lugar enquanto praticante de psicanálise, qual seja, o de representar alguma coisa do lugar de objeto causa-de-desejo. Durante todo momento, ela tem como referência a posição de objeto “a” que diz de um resto, de um dejetivo. Ela apenas transita por outras discursividades de forma a favorecer um giro no laço social e fazer com que o sujeito lide de outra maneira com as suas questões.

Nesta circunstância, após o esclarecimento conciso, a praticante convidou Marta a falar sobre o que lhe estava afligindo. A paciente disse sobre o carinho que sentia pelo pai e

sobre o medo de perdê-lo. Apesar do longo período da doença, estava acostumada com a presença dele em casa e a iminência de morte despertava-lhe um grande sentimento de desamparo. É importante apontar que, nesse momento, a praticante deixou de fazer *semblant* de S2 e passou a ouvir a senhora em uma posição que se aproxima, de certa forma, do lugar de *semblant* de objeto “a”, do lugar de objeto causa-de-desejo tal como no discurso do analista. Ela não se manteve no posto de *semblant* de S2 para que a filha do paciente não tivesse a sua subjetividade desconsiderada e não se sentisse incapaz de lidar com as suas próprias questões. Isso era o que frequentemente acontecia através da postura dos médicos que, muitas vezes, se colocavam como professores detentores do saber absoluto.

O Sr. Heitor ficou quase dois meses na UTI. Durante este período, Marta pôde ser ouvida pela praticante e, aos poucos, sentiu-se mais confiante em relação à equipe médica. De fato, as diferenças individuais dos plantonistas influenciaram bastante no seu relacionamento com eles. Por causa do longo período de hospitalização do seu pai, passou a conhecer melhor cada um deles e se aproximava dos mais receptivos para esclarecer suas dúvidas. Assim, ela deixou de esperar que um outro lhe indicasse o caminho a seguir e passou a buscar a solução para os seus problemas.

A médica plantonista da circunstância em questão era a Dra. Luciana. Ela era uma intensivista sensível mas que se sentia bastante desconfortável no momento do “Boletim médico”. Em geral, era bastante educada e detalhista ao explicar o estado de saúde dos pacientes para as famílias. Usava muitos termos técnicos, apresentava passo a passo quais os procedimentos que seriam realizados e seguia, à risca, as exigências do protocolo institucional. Além disso, ela não se envolvia em polêmicas e, de forma um tanto velada, não permitia que o seu saber fosse questionado.

Aqui, cabe lembrar o secretário-geral Brezhnev da União Soviética de 1966. Segundo Laurent (2007), o político exemplifica muito claramente a figura do burocrata. Trata-se de alguém que ocupa o lugar de zero e que evita o desequilíbrio entre forças. Nas palavras do psicanalista, como secretário-geral do Comitê Central, Brezhnev “funcionou como um ponto de equilíbrio, não tomando partido de nada, mas arbitrando”. (LAURENT, 2007, p.171). Uma postura burocrática semelhante àquela adotada pela médica intensivista na relação com os familiares no momento do “Boletim”.

Dra. Luciana instituí a o discurso da universidade ao ocupar o lugar de S2 na discursividade e se dirigia aos familiares como aprendizes incapazes de questionar o seu conhecimento. Note que, diferentemente da praticante, a médica assumia, de fato, o lugar de “professora” e, assim, impedia que qualquer aspecto subjetivo surgisse e interferisse na sua

tarefa. Ela agia em nome da burocracia esperando que tudo continuasse funcionando bem e ela não tivesse de lidar com a subjetividade dos familiares. Com isso, ela instaurara o discurso da universidade.

Durante certo tempo, a médica olhava desconfiada para a praticante e somente se dirigia a ela quando estritamente necessário. Dr. Luciana parecia suspeitar de que a praticante tivesse um saber outro que ela não possuía, distinto daquele proposto pelo conhecimento científico. Conseqüentemente, para que o seu lugar de agente do discurso da universidade não fosse questionado, ela se afastava da praticante. Contudo, depois de alguns meses de convivência, e após observar o trabalho da praticante com os pacientes, com as famílias e com a equipe, a profissional *psi* passou a ser menos ameaçadora para a médica e um bom contato entre elas foi estabelecido. Dessa maneira, a praticante optou por conversar com a médica plantonista daquele dia sobre a dificuldade da senhora de compreender o quadro clínico do seu pai.

A partir da construção de um vínculo, e sabendo da dificuldade da médica para lidar com as famílias, de certa forma, a praticante ensinou-lhe como agir: “Olha, a Marta é uma pessoa de origem humilde e por isso não compreende com facilidade o que os médicos falam. Acho que seria interessante usar uma linguagem mais simples e menos detalhada quando fosse explicar para ela o estado de saúde do seu pai. O que você acha?”. A médica concordou com a idéia e se esforçou para se mostrar o mais acessível possível durante o momento do Boletim. A senhora, por sua vez, conseguiu fazer algumas perguntas e se sentiu mais tranqüila. Quanto à praticante, coube acompanhar o Boletim enquanto presença.

Sobre a conduta da praticante em relação à médica, mais uma vez, a praticante optou por operar com o discurso da universidade. Ao ocupar o lugar de agente fazendo *semblant* de S2, ela se dirigiu à médica como alguém carente de aprendizado, como um *a*-estudante. Curiosamente, o discurso escolhido pela praticante era o mesmo com o qual, com freqüência, a médica operava. Contudo, diferentemente dela, a intenção da praticante não era a de manter o bom andamento da instituição ou a de evitar que a subjetividade interferisse no protocolo do setor. Pelo contrário, a praticante tinha como objetivo fazer com que os aspectos subjetivos dos pacientes e dos familiares fossem considerados e a médica ocupasse um lugar distinto daquele que ela sempre ocupava, a saber, o de S2 no lugar de agente.

De fato, uma mudança importante ocorreu no posicionamento da médica. A partir da intervenção da praticante enquanto S2, a Dra. Luciana não só deixou de instituir o discurso da universidade como também passou do lugar de agente (S2) para o lugar do outro (a). Ela ficou submetida à praticante que, supostamente, detinha o “saber fazer” que lhe colocaria na

posição de astudado. Ou seja, apesar da discursividade operada pela praticante ser a mesma frequentemente instituída pela médica, o lugar ocupado pela intensivista foi modificado. A praticante propiciou um giro nos termos do discurso universitário e possibilitou que a médica conhecesse o posto de objeto “a” no lugar do outro que, até então, lhe era desconhecido na instituição hospitalar.

Além disso, é importante ressaltar que a produção do discurso da universidade é o \$, é o sujeito de falta com sua barra explicitada. No caso, a médica intensivista passou a dizer das suas fraquezas e das suas angústias para a praticante. Frases como: “Essa é a hora mais difícil do plantão” (referindo-se ao momento das notícias), passaram a ser freqüentes por parte de Dra. Luciana. Ela depositou uma grande confiança na praticante e regularmente perguntava: “E aí, estou melhorando, não estou?!”. Sentia-se satisfeita em atender bem uma família e também solicitava a opinião da praticante sobre algum aspecto subjetivo dos pacientes ou de seus familiares. Em determinado momento, ela pediu, inclusive, a indicação de alguém com quem pudesse tratar das suas próprias questões.

Coube à praticante saber lidar com o vínculo estabelecido com a médica. Consciente do seu lugar enquanto objeto “a”, a praticante propiciou a rotação entre os termos. A partir do discurso do analista foi possível que ela fizesse *semblant* de S2 e ficasse atenta para não continuar operando com o discurso da universidade. Isto porque tal modo discursivo deve ser utilizado apenas circunstancialmente e com um propósito bem definido na medida em que ele desconsidera os aspectos subjetivos. (LEMOINE-LUCCIONI, 1998). A praticante também procurou observar se a Dra. Luciana não estava lhe convidando para ocupar o lugar de mestre quando, operando com o discurso da histórica, lhe demandava soluções para as suas dificuldades. Foi preciso, portanto, cautela e discernimento para manejar a relação de maneira coerente com a ética da psicanálise.

Esta situação ilustra a complexidade do ambiente da UTI e de como a subjetividade se faz presente, seja a dos usuários ou a dos profissionais de saúde. Segundo o protocolo do setor, todos os plantonistas devem informar sobre o estado de saúde dos pacientes aos seus familiares. E, de fato, todos o fazem. Contudo, a maneira como cada médico exerce essa função não está nas normas e nas regras hospitalares. Isto se coloca como um desafio para eles e para os próprios usuários da unidade. Os representantes do saber científico frequentemente não sabem lidar com situações que remetem ao subjetivo. Conseqüentemente, o praticante de psicanálise é convidado a escutar as queixas e a trabalhar com aquilo que escapa à rotina institucional.

No caso descrito, apesar da praticante não ter a pretensão de tudo educar, ela

considerou que operar com o discurso da universidade seria de grande valia naquela ocasião. Através da sua conduta, a praticante favoreceu o estabelecimento de um vínculo entre a filha do paciente e a médica. Além disso, operar com tal discursividade foi uma estratégia importante na medida em que propiciou condições para que uma circularidade entre os discursos fosse possível. Tanto Marta quanto a Dra. Luciana tiveram as suas posições subjetivas, de certa forma, modificadas. A primeira não se sentiu tão assujeitada ao saber médico e conseguiu se posicionar um pouco mais em relação ao adoecimento do seu pai. Já a médica, passou a dizer dos seus medos e chegou até a solicitar o nome de um psicanalista com quem pudesse se tratar.

A presença constante da praticante na UTI permitiu que tanto a filha do paciente quanto a médica fossem ouvidas nas suas angústias. Todavia, a praticante não se limitou apenas a escutá-las. Ao operar com o discurso da universidade, ela adotou uma postura de não passividade e, assim, valorizou os aspectos particulares em questão. Tal conduta está em consonância com o comentário de Laurent (1999) segundo o qual o praticante não deve ser “apagado” ou “furado”, diante do discurso institucional. Nas suas palavras, “o analista, mais que um lugar vazio, é o que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. Há de impedir que, em nome da universalidade ou de qualquer universal, esqueça-se a particularidade de cada um”. (LAURENT, 1999, p. 14). Ou seja, é necessário que o praticante se posicione com mais firmeza e de forma mais efetiva em relação à valorização dos aspectos subjetivos no contexto das instituições e, especificamente, no ambiente hospitalar.

Diante deste contexto, fazer *semblant* de outras posições discursivas é uma alternativa interessante ao praticante no espaço médico. O discurso da universidade é um dos modos discursivos com maior prevalência no hospital geral e é um modo de relação complexo do ponto de vista da ética do desejo. Todavia, isto não quer dizer que o praticante não possa operá-lo. Se o praticante souber manejá-lo e, acima de tudo, estiver consciente do seu limite ao ocupar o lugar de S2, o discurso da universidade pode ser um auxílio na valorização da subjetividade e na escuta do um a um.

Assim, é condição fundamental que o praticante saiba que não se trata de ocupar, de fato, outro lugar ao transitar por outras discursividades além do discurso do analista. É imprescindível que ele tenha para si que se trata apenas de um “fazer-de conta” de modo a provocar uma torção dos termos e um giro dos elementos. (QUINET, 2009). Caso contrário, ele não estará tendo uma postura coerente com a lógica do inconsciente e poderá ter uma atitude favorável à cristalização do discurso que, como visto, exclui os aspectos subjetivos

dos envolvidos com a organização hospitalar.

4.3 O praticante no lugar de agente do discurso da histórica

O discurso da histórica tem como uma das suas características principais a produção do saber. É uma discursividade que favorece o desenvolvimento de idéias e que estimula a resolução de problemas de maneira geral. Sendo a instituição hospitalar um ambiente de alta complexidade e de muitos impasses, tal modo discursivo é bastante freqüente. A ciência, por exemplo, é regida por esse laço social e, por nunca estar satisfeita, propicia uma geração contínua de conhecimentos. Apesar de manter na sua estrutura uma impossibilidade, assim como os demais discursos radicais, o discurso histórico tem o seu valor e, dependendo da situação, pode ser de grande valia. Ele pode, inclusive, até mesmo ser utilizado pelo praticante de psicanálise segundo as conveniências da situação. Vejamos uma circunstância em que a praticante do hospital em estudo operou com tal discursividade. Exemplo:

Em determinada ocasião, estava hospitalizada uma paciente que havia sofrido queimaduras no corpo. O trabalho da praticante foi solicitado pela enfermagem porque Gislaine se recusava a trocar os curativos e a tomar banho. Os médicos e enfermeiros estavam preocupados com possíveis infecções e com o agravamento do seu estado de saúde. Além disso, a falta de higiene pessoal poderia incomodar e prejudicar não apenas a própria paciente mas também outros doentes que estivessem a seu redor. A postura subjetiva da paciente estava sendo um entrave ao cumprimento da prescrição médica e das regras institucionais.

Aqui, mais uma vez, diga-se de passagem, verificamos a forte influência do discurso da universidade e como ele se faz presente no contexto hospitalar. Um grande incômodo foi gerado nos profissionais de saúde diante da recusa da paciente em se submeter às exigências burocráticas. Nesta circunstância, possivelmente se a paciente estivesse cumprindo o protocolo estipulado pela equipe médica e não estivesse interferindo negativamente no bom funcionamento da instituição, a praticante não seria solicitada. Ou seja, novamente constatamos a força do discurso universitário e como a clínica de psicologia, com freqüência, é convidada a colaborar com ele.

A simples presença da praticante nos corredores do hospital e no posto de enfermagem permitiu-lhe perceber os sentimentos dos enfermeiros em relação à paciente. Pôde-se observar que muitos dos cuidadores não tinham boa vontade para com ela e que a tratavam com uma

certa repugnância. Facilmente eles se referiam a ela como louca e esquisita. Um deles chegou a dizer: “A gente fica com dó mas não tem jeito. Ela testa a nossa paciência e faz a gente perder muito tempo”. Através dessa fala, o auxiliar de enfermagem deixou claro que o cumprimento de uma série de tarefas era mais importante do que os aspectos subjetivos da paciente, justificando sua postura. Ou seja, ocupando o lugar de agente como S2, o auxiliar de enfermagem instituiu o discurso da universidade e colaborou com o modo discursivo proposto pela instituição.

Em um primeiro momento, a praticante optou por conversar com o cirurgião plástico responsável pelo caso para compreender melhor o motivo de solicitação. Pouco envolvido com a questão, ele disse que tinha acionado o serviço da psicologia a pedido da enfermagem. O médico não sabia dizer muito bem qual era o problema e, aparentemente, havia apenas atendido à demanda dos enfermeiros. Assim, disse para a praticante conversar com os cuidadores e com uma vizinha da paciente que vinha sempre vê-la no período da tarde. Na sua visão, os enfermeiros e a senhora poderiam “ajudar” a praticante no seu trabalho.

Mais uma vez, pode-se observar a instauração do discurso da universidade na conduta do médico. Ao explicar o processo da solicitação psicológica para a praticante e ao lhe ensinar como agir, o cirurgião também se colocou no lugar de saber e operou com o discurso dos protocolos. Como um burocrata, ele foi educado com a praticante e não se alterou ao discutir o encaminhamento. Tomando o cuidado para não se portar como um astudado carente de aprendizado, a praticante recusou o ensinamento do médico. Disse a ele que agradecia a sua sugestão mas que, antes de qualquer atitude, iria atender a paciente para que pudesse ter a sua própria avaliação do caso.

Interessada em conhecer a história da paciente, a praticante disponibilizou a sua escuta à Gislaine. Ela apresentava uma fala empobrecida, dizia apenas que estava desempregada e que não tinha família. Estava desorientada no tempo e no espaço e muitas das suas falas não tinham coerência lógica. Na maior parte do tempo, encontrava-se distante e com o olhar aparentemente perdido. A passividade era constante. Não via televisão e se alimentava muito pouco. A partir deste quadro da paciente, a praticante suspeitou tratar-se de um caso de psicose. Contudo, estava sentindo-se insegura quanto ao diagnóstico e ao tratamento que poderia ser realizado nas condições hospitalares. Tocada por questões pessoais e sem saber o que fazer, ela acabou por pedir ajuda.

Nesse sentido, explicitando a sua falha e demandando que um outro lhe indicasse o caminho a seguir, a praticante decidiu solicitar a avaliação da psiquiatria. Ou seja, ela se posicionou como \$ no lugar de agente e operou com algo semelhante ao discurso da histórica.

Ao demonstrar o seu ponto de falta e ao eleger o psiquiatra como aquele capaz de lhe tirar do estado de perdição em que se encontrava, a praticante se dirigiu ao médico como um mestre apto a produzir um saber resolutivo para o problema.

Todavia, é importante ressaltar que o discurso histórico é caracterizado não apenas pela eleição de um mestre. Ele é marcado, principalmente, pela destituição do próprio mestre que foi eleito pela histórica. Apesar de ela elegê-lo como o seu senhor, logo em seguida, a histórica lhe aponta a sua falha e lhe impede de prosseguir com o seu reinado. Ao discutir sobre a capacidade da histórica de se colocar como objeto causa-de-desejo e, ao mesmo tempo, de escapar deste lugar, Quinet (2009) comenta:

A histórica não é escrava; ela desmascara a função do senhor fazendo greve. No entanto, está sempre à procura de um senhor, de um mestre: inventa um mestre, não para se submeter a ele, mas para reinar, apontando as falhas de sua dominação e mestria. A histórica estimula o desejo do Outro e dele se furta como objeto – é o que confere a marca de insatisfação a seu desejo. (QUINET, 2009, p. 24).

Assim, cabe enfatizar que, apesar da praticante ter operado com o discurso da histórica, ela não se aproveitou das circunstâncias para se posicionar tal como a histórica. Diferentemente da postura de uma histórica que institui essa discursividade para reinar apontando a castração do mestre, a praticante não criou um mestre para destituir-lhe o poder. Ela não solicitou a avaliação do psiquiatra somente para, quem sabe, lhe mostrar os seus erros. A intenção da praticante não foi explicitar as faltas do médico, dizendo-lhe, por exemplo: “Estou surpresa por não ser uma psicose. Eu achei que você, com tanta experiência, saberia definir o diagnóstico de olhos fechados!!”. Ou seja, a praticante não se colocou como objeto causa-de-desejo para, posteriormente, recusar tal lugar. Ao invés disso, estava interessada em conduzir o caso de forma ética e coerente com os preceitos da psicanálise.

Dessa maneira, além da avaliação psiquiátrica, a praticante optou por ouvir a vizinha da paciente. Depois de ter conhecido Gislaine e ter observado a sua postura subjetiva, a praticante acatou a sugestão do cirurgião e julgou importante considerar o que a sua amiga tinha a dizer. Elas moravam próximas uma da outra e Margarete demonstrou compaixão pela paciente. No seu dizer, “Gislaine não era muito boa da cabeça”. Segundo ela, a paciente era sozinha e vivia da caridade das pessoas. Não trabalhava e tinha alguns filhos. Margarete não sabia dar informações precisas, pois a vida da paciente não tinha muita regularidade. Ela já tinha feito uso abusivo de bebidas alcoólicas e chegara mesmo a ser moradora de rua durante um certo período. Já fora internada em hospitais psiquiátricos algumas vezes e estava sem tratamento psíquico há algum tempo. A paciente foi socorrida por vizinhos que viram o fogo e

a encontraram desacordada. A casa parecia abandonada, com muitas roupas sujas e restos de comida na cozinha.

Após obter as informações de Margarete, a praticante contactou o psiquiatra para quem ela havia solicitado a avaliação para discutirem o caso. Aceitando o cargo de mestre tal como proposto pela praticante, o médico instituiu a sua ordem e impôs as suas leis. Após estar com a paciente e definir que se tratava de um caso de psicose, ele prescreveu os medicamentos necessários, disse para os enfermeiros não deixarem a paciente sozinha em hipótese alguma e determinou que a sua alta hospitalar deveria ser o mais breve possível. Além disso, encaminhou Gislaine para um tratamento especializado e ordenou à praticante que ela continuasse atendendo a paciente durante a sua permanência no hospital geral.

A praticante concordou com a maioria das imposições do médico em relação aos cuidados com a paciente. Todavia, ela negou continuar atendendo a paciente e encaminhou o caso para uma colega da clínica de psicologia. Diferentemente do escravo tal como constituído pelo agente do discurso do mestre, ela se recusou a ocupar o lugar de S2. Mais uma vez, ela preferiu operar com o discurso histórico fazendo “greve” e mostrando para o médico que ela não acatava ordens sem refletir sobre as mesmas.

Contudo, é importante ressaltar que a praticante não negou cumprir as determinações do psiquiatria simplesmente para destituí-lo do seu lugar de maestria, instituindo uma repetição tipicamente histórica. Ela se posicionou desta maneira porque, através da sua análise pessoal, havia se dado conta de como aquela situação remetia às suas questões singulares e de como o acompanhamento à paciente estava lhe deixando perturbada. Conseqüentemente, por motivos éticos, considerou que um outro praticante seria mais indicado para continuar o atendimento de Gislaine.

Com as medicações adequadas, a paciente passou a aceitar melhor os cuidados médicos e assistenciais. Depois de poucos dias, a paciente teve alta hospitalar e foi ser tratada em uma instituição de saúde mental. A ordem do psiquiatra foi cumprida pelos enfermeiros e a paciente pôde ter o tratamento que lhe era indicado. Curiosamente, não foi visto nenhum movimento dos outros médicos ou da instituição no sentido de se preocupar com sanidade psicológica da paciente após a sua alta. Entretanto, indiscutivelmente, a paciente apresentava questões psíquicas importantes e que deveriam ser abordadas em um ambiente diferente do hospital geral.

A saída da paciente da instituição hospitalar gerou alívio nos profissionais de saúde pois a possível loucura de Gislaine causava-lhes muitas angústias. Primeiro, porque a recusa da paciente em se submeter aos procedimentos protocolares dificultava a realização do

trabalho e interferia na dinâmica de funcionamento da instituição. Em segundo lugar, observa-se que a insanidade mental provoca uma estranheza inquietante nos indivíduos. Trata-se de algo assustador e que deixa para a equipe um resto inexplicável. (VILELA, 2000).

Neste sentido, as diferenças nos comportamentos dos pacientes e dos familiares tocam os profissionais de saúde e, em algumas circunstâncias, provocam uma certa estranheza no ambiente hospitalar. O caráter surpreendente e imprevisível do ser falante revela a impossibilidade de um ideal racional que pretende ser imperativo. Isso pode ser visto principalmente quando a equipe precisa fazer determinados procedimentos e algo relativo à subjetividade do paciente coloca-se como um entrave ao protocolo institucional, ao discurso da universidade.

Dessa maneira, a particularidade de cada caso não se encontra na burocracia hospitalar. Verifica-se que a subjetividade dos indivíduos e as exceções não são previstas no cotidiano dos profissionais de saúde. Consequentemente, elas podem ser facilmente descartadas a fim de evitar transtornos no funcionamento da instituição. Por isso, cabe ao praticante saber quais as discursividades vigentes e o que ele pode no contexto médico. No caso, a alternativa encontrada pela praticante foi operar com o discurso da histérica.

Como os profissionais de saúde estavam operando com o discurso da universidade, os aspectos subjetivos da paciente não estavam sendo considerados. A equipe apenas queria que a praticante fizesse com que Gislaine se enquadrasse no protocolo proposto pelo médico. Preocupada com o quadro psíquico da paciente, angustiada com a pouca implicação da equipe na questão e sem saber qual a melhor conduta, a praticante optou por se posicionar como \$ no lugar de agente. Ela elegeu um mestre para lhe dar a solução para o problema e para lhe mostrar como proceder na circunstância. O eleito foi o psiquiatra da instituição que já era conhecido da praticante.

A partir do posicionamento da praticante, a paciente pôde ser encaminhada para um tratamento especializado e coerente com as suas questões psíquicas. Ou seja, algo do discurso da histérica colocou-se como uma alternativa interessante na situação descrita. Contudo, mesmo operando com tal discursividade, a praticante não desmascarou o mestre eleito. Além disso, não elegeu um outro mestre para também destituir, repetindo um modo de laço social marcado pela insatisfação. Assim, diferentemente da histérica que “quer um mestre sobre o qual ela reine” (LACAN, 18-03-70/1992, p.136), a praticante operou com algo do discurso histórico e, mesmo apenas pontualmente, sabendo que ela, de fato, não poderia aproveitar da situação para se sentir “a rainha”. Caso assim o fizesse, estaria tendo uma postura outra que não a de um praticante de psicanálise. A ética teria sido abandonada.

4.4 O praticante no lugar de agente do discurso do mestre

Como visto nos tópicos anteriores, sustentado pelo discurso do analista, o praticante pode operar com os discursos no hospital geral. Enquanto objeto “a”, o praticante permite o giro entre os discursos radicais e transita pelos modos discursivos. Quanto mais próximo do seu final de análise, mais ele se dá conta de que ocupar os lugares discursivos, mesmo o de causa de desejo, é apenas fazer *semblant*. Ele se torna cada vez mais consciente das suas possibilidades e dos seus limites de se colocar na posição de agente de outras discursividades. Dessa maneira, ele também pode fazer *semblant* de S1 e agenciar o discurso do mestre quando considerar pertinente. A situação a seguir ilustra uma circunstância em que a praticante da instituição em estudo operou com o modo discursivo da maestria. Vejamos o exemplo:

Penélope estava internada há dois meses e a equipe médica solicitou que a clínica de psicologia atendesse a paciente. O motivo da solicitação foi o humor deprimido da doente e a sua agressividade em alguns momentos. Segundo os médicos, ela não tinha boa vontade para com eles e não se mostrava otimista quanto à sua recuperação. Eles não viam justificativa para tamanha insatisfação e acreditavam que se tratava de “carência afetiva”.

A praticante se dispôs a escutar a paciente e a sua história. Ela tinha 56 anos, era diabética e tinha cortado seriamente o pé. Tinha ido comprar pão perto de sua casa e escorregara no chão que estava molhado. Penélope dizia não compreender como um acidente tão simples poderia lhe trazer tantos transtornos. Encontrava-se preocupada com os dois netos que criava pois era ela quem sustentava a família através do seu trabalho como costureira. Além disso, sentia-se entristecida com a lenta recuperação e com a falta de perspectiva de alta.

Contudo, diferente do esperado, a principal queixa da paciente não era com o seu longo período de internação. Sua fala girava em torno da ausência da equipe e da insegurança que sentia em relação aos médicos. Apesar da vontade de ir para casa, dizia que ficaria o tempo que fosse preciso para sair curada do hospital. Ela já havia feito enxertos e a cicatrização não estava satisfatória. Pôde-se perceber na sua fala o medo de uma possível amputação e a possibilidade de perder o pé esquerdo.

Na percepção da paciente, os médicos tinham “se esquecido” dela. Não sabia quem era

o responsável pelo seu caso e a quem deveria recorrer se tivesse dúvidas. As clínicas de endocrinologia, infectologia e cirurgia plástica estavam lhe atendendo. Entretanto, cada uma delas era composta por vários médicos: os residentes, os profissionais mais experientes e mesmo os que ainda estavam na graduação. Assim, ela se sentia cuidada por muitos e por nenhum ao mesmo tempo. Achava suas respostas evasivas e não sentia segurança no seu tratamento. A paciente dizia à praticante: “Eles vêm aqui, falam, falam, falam, e não dizem nada. Estou cansada dessa enrolação”. Uma situação semelhante é discutida por Jeammet, Reynaud e Consoli (1982) no que diz respeito à importância da postura do médico em relação aos sentimentos do doente:

Enfatizamos *o possível papel tranquilizador e reorganizador do médico*. Por sua ação e suas atitudes, ele pode, com efeito, aliviar o doente de sua tensão, acalmar suas apreensões e permitir-lhe reorganizar-se após o relaxamento que constitui a regressão e o abandono aos cuidados médicos. Pode, ao contrário, por sua inépcia e sua indiferença, fazer o paciente aumentar sua angústia e desorganizar-se ainda mais. A qualidade da relação estabelecida nesta situação é determinante. (JEAMMET; REYNAUD; CONSOLI, 1982, p. 288).

O comentário de Jeammet, Reynaud e Consoli enfatiza como a subjetividade do médico influencia na relação do paciente com a sua doença. O caso de Penélope ilustra esta questão. Claramente entristecida e com medo do seu prognóstico, ela se queixava para quem se dispusesse a ouvi-la de sua angústia e da sua insatisfação com a equipe que lhe acompanhava. Através da sua fala, pôde-se perceber o seu mal-estar e a sua indignação diante da falta de um nome, de uma autoridade que respondesse pelo seu caso. Operando com o discurso da histórica, a paciente demandava um mestre, um senhor capaz de lhe dar respostas eficazes e definitivas sobre os seus problemas.

Todavia, diferentemente do que era esperado pela paciente, os médicos não ocupavam o lugar de maestria. Eles não se posicionavam como detentores do poder de mando e não se responsabilizavam pela situação. Ou seja, a equipe médica não operava com o discurso do mestre e não impunha a sua ordem. Ao delegar a função de autoridade uns para os outros, os médicos não estabeleciam a eucracia e se safavam da posição de agente do discurso de mestre.

Ao invés disso, a equipe operava com outro modo discursivo, a saber, com o discurso da universidade. Ao descentralizar o poder através das várias especialidades, os médicos instituíam a burocracia e, ocupando o lugar de agente como S2, evitavam lidar com as queixas e as demandas da paciente. A saída encontrada para que a subjetividade da paciente deixasse de incomodá-los, e para que tudo continuasse funcionando bem, foi solicitar o serviço da

psicologia. Dessa maneira, eles se furtavam de ouvir as lamúrias da paciente e eram solidários com a discursividade proposta pela instituição.

A conduta da praticante foi a de acolher Penélope nas suas angústias e propiciar condições para que alguma mudança ocorresse na sua posição subjetiva. Ela se queixava dos médicos mas também não procurava esclarecer as suas dúvidas. Tinha uma postura passiva e parecia ter dó de si mesma, como que vítima dos azares da fortuna. Reclamava da sua situação para todos: para a enfermagem, para as secretárias e para as copeiras. E exibia também as suas insatisfações para a praticante demandando um alívio para a sua dor.

Percebendo a demanda histórica e o convite para ocupar o lugar de maestria, a praticante optou por se posicionar como mestre. Sabendo das atividades da paciente como costureira e de como ela se sentia importante ao prover a casa financeiramente, a praticante lhe disse: “Não sabia que você costurava com os pés. Onde estão os seus bordados?”. Algo desconcertada, Penélope respondeu: “É mesmo, eu não tinha pensado nisso!”. Com tranqüilidade, a praticante se despediu da paciente e disse que voltaria em outro momento para vê-la.

Através desta conduta, a praticante ocupou o lugar de agente no discurso do mestre e deu uma ordem à paciente através de uma comunicação latente: *borde!* Naquele instante, ela fez *semblant* de S1 e assumiu a posição de alguém que, supostamente, detinha a solução para o problema de Penélope. Isto só foi possível a partir do discurso do analista e do lugar da praticante enquanto objeto “a”. Destituída de qualquer intenção de dominação, ela estava consciente da sua barra estrutural, da sua castração e de sua impossibilidade de tudo governar. Assim, a praticante apenas “fez-de-conta” que era o mestre tão demandado pela paciente e isto propiciou as condições para que uma circularidade entre os discursos acontecesse.

Mais uma vez, vemos uma circunstância em que a praticante emprestou palavras para a paciente com o objetivo de que algo de uma transferência fosse possível. Lembrando o conceito de “transferização” formalizado por Freymann (2008), a praticante procurou fazer com que algum suposto saber fosse nela depositado. Ao utilizar o significante “bordado”, a praticante tentou tocar a paciente nas suas questões, a fim de que algum efeito subjetivo ocorresse na sua posição de passividade. Dessa maneira, mesmo operando com o discurso do mestre, a intervenção foi psicanalítica. Isto porque a colocação da praticante tinha como foco a subjetividade da paciente e estava em consonância com a ética do desejo. Ela não tinha o intuito de dominar a paciente e nem de submetê-la incondicionalmente à sua autoridade. Ao contrário, a praticante tinha clareza do lugar que ela realmente ocupava na ocasião, qual seja, o lugar de *semblant* do falo simbólico e, nada mais.

Em relação à equipe médica, a praticante contactou o endocrinologista que estava, no prontuário médico, como responsável pelo caso de Penélope. De fato, ele não se mostrou muito preocupado com a paciente. Disse que a sua recuperação seria mesmo lenta e que não havia motivos para o medo de perder o pé. Não demonstrou simpatia pela paciente, provavelmente por causa das suas constantes reclamações. A praticante lhe falou sobre os receios da doente de uma possível amputação e de como ela estava se sentindo insegura quanto à condução do seu tratamento. Muito educadamente, o médico argumentou que eram muitos pacientes, que o tempo era curto, que ele andava muito ocupado e que, por isso, os residentes estavam lhe ajudando. Aparentando bastante cansaço, falou que conversaria com a paciente quando “tivesse um tempinho”.

Ao discutir o caso com o médico, a praticante pôde perceber que ele operava com o discurso da universidade. Conforme dito pela paciente, ele não se posicionava com firmeza e parecia concordar com qualquer coisa que fosse no intuito de assegurar que o seu trabalho não fosse interrompido. Agenciando o modo discursivo a partir do lugar de saber, ele explicou a sua conduta e manteve uma postura de neutralidade. Como um burocrata, foi “politicamente correto” e evitou mal-estares. A preocupação com o estado emocional da paciente colocou-se como um alibi conveniente para os seus verdadeiros interesses, a saber, o cumprimento do protocolo médico e a cura daí resultante.

Contudo, é importante ressaltar a justificativa do médico para a sua conduta e o cansaço por ele apresentado. Apesar de ele operar com o discurso da burocracia e colaborar com um modo de laço social muito valorizado no espaço médico, algo de uma submissão estava presente na sua fala. Ao queixar-se do excesso de tarefas e da falta de tempo para cumprir com as suas obrigações, ele dizia de uma outra posição. Curiosamente, ele ocupava o lugar do outro nessa mesma discursividade e se posicionava como o *a*-estudante, incapaz de cumprir as tarefas propostas por um S2 exigente. Apesar dos seus constantes esforços para atender ao mestre moderno, ele estava se sentindo sempre defasado.

Assim, é interessante notar a diferença existente entre o lugar ocupado pelo médico na relação com a paciente e na sua relação com o discurso institucional. Apesar de ambos os laços sociais serem regidos pelo discurso da universidade, há uma divergência importante entre eles no que se refere ao posicionamento do médico. No que diz respeito ao vínculo com Penélope, o endocrinologista ocupava o lugar de agente e instituíu o saber burocrático. Porém, na relação com o discurso institucional, ao contrário, ele ocupava na posição de outro o objeto “a”. Ou seja, esta situação revela que, se por um lado, o médico colabora com o discurso vigente, por outro, ele também está submetido aos seus ditames.

Retomando o caso, depois de dois dias sem ver a paciente, a praticante foi ao seu quarto. Encontrava-se menos queixosa e um pouco mais disposta. Ela relatou que pediu para a sua filha levar linhas e tecidos para o hospital pois aproveitaria o tempo para fazer alguns bordados. Disse que o endocrinologista estivera lá e que ela tinha tido coragem de lhe perguntar sobre a possibilidade de amputação. O médico lhe disse que essa possibilidade era muito remota e essa resposta deixou-a muito aliviada e satisfeita. As reclamações com a falta de atenção e de compromisso dos profissionais com o seu caso diminuíram. Após algumas semanas, ela teve alta hospitalar.

A conduta da praticante neste caso resultou em uma certa implicação da paciente no seu próprio tratamento. Ao operar com o discurso do mestre, a praticante instituiu condições para que algumas mudanças ocorressem na posição subjetiva da paciente e isso, de fato, aconteceu. Fazendo *semblant* de S1, a praticante supostamente ocupou o lugar de significante mestre e utilizou o poder de mando: “Borde! Faça alguma coisa para mudar a situação”. Diferentemente de assumir esse lugar e instituir tal discursividade, a praticante apenas “fez-de-conta” que tinha a solução para o seu problema. Ao contrário do mestre que desconhece a sua castração, durante todo momento a praticante esteve consciente da sua hiância.

Dessa maneira, é possível que o praticante opere com o discurso do mestre, desde que ele saiba do seu lugar enquanto objeto “a” tal como constituído pelo discurso do analista. De acordo com a circunstância, transitar pelo discurso da mestria e fazer *semblant* de S1 pode ser essencial para a valorização da subjetividade ou para o exercício de determinada função. Silva (2006) reforça este posicionamento e diz desta possibilidade em relação ao trabalho realizado pelo analista gestor no serviço público de saúde mental. Na sua dissertação de mestrado, a autora aponta para a importância da circularidade entre os modos discursivos e como o praticante deve ser cuidadoso ao, supostamente, ocupar o lugar de significante mestre. Nas suas palavras, o analista:

É aquele que, mesmo ocupando o lugar dominante no discurso do mestre, não se identifica ao imperativo, não se identifica com esse lugar de domínio e imposição. Ele sabe que esse lugar e esta função são um semblante e quem nele se situa está castrado. (SILVA, 2006, p.132).

Historicamente, a instauração do discurso do mestre é de responsabilidade do médico e o posto de autoridade é ocupado por ele no hospital geral. Como representante do saber científico, ele é considerado uma figura de respeito e capaz de resolver as angústias dos pacientes. Segundo Clavreul (1983), os médicos impõem a sua ordem e ditam as suas normas ao prescreverem os tratamentos para os doentes. No seu dizer: “a prescrição médica é um

enunciado dogmático: *coma isso, não beba aquilo, não fume, repouse...*”. (CLAVREUL, 1983, p.14). Trata-se de um modo discursivo baseado no autoritarismo em que o médico se dirige ao paciente como se dirigiria a um subalterno, a um seu escravo, desconsiderando a posição subjetiva dele.

De fato, o médico ainda mantém o seu *status* de poder e traz consigo um certo prestígio em relação a outros profissionais. Contudo, é interessante ressaltar que algo deste lugar de superioridade parece estar se modificando no contexto contemporâneo. No caso descrito, o representante da medicina não se posicionou como mestre, frustrando a paciente que esperava dele tal postura. Nas vinhetas clínicas do segundo capítulo, também se pôde verificar em alguns momentos a dificuldade dos médicos de se manterem como figuras de autoridade e de respeito. Ou seja, atualmente, na época do declínio do pai (SANTIAGO, 1998), o médico no ambiente hospitalar parece não querer, ou parece não conseguir, operar com o discurso do mestre e sustentar o lugar de senhor tal como em outras épocas.

Dessa forma, uma mudança importante parece acontecer no contexto do hospital geral contemporâneo. Os vários protocolos a serem seguidos, o imperativo da burocracia e a pressão para que tudo seja feito com eficácia e rapidez (leia-se ONA), parecem estar assumindo um lugar de prioridade na instituição médica. O discurso da universidade tem revelado a sua força e feito com que todos os envolvidos com a instituição sintam o seu poder, inclusive os médicos. Se por um lado, eles têm operado com esta discursividade e têm colaborado o bom funcionamento da instituição, por outro, eles também têm estado submetidos aos seus imperativos. Se antes eles instituía o discurso do mestre e representavam a figura paterna, hoje eles já não ocupam tal lugar como anteriormente. Semelhante aos pacientes, aos familiares, aos funcionários e aos profissionais de saúde, os médicos também têm os seus aspectos subjetivos desconsiderados e sentem as características negativas do discurso da universidade.

Por este motivo, cabe ao praticante transitar pelas discursividades como uma forma de fazer valer a subjetividade do sujeito. Subjetividade essa que, de certa forma, está sendo cada vez mais descartada nas sociedades contemporâneas diante da grande influência do discurso universitário e, mesmo, capitalista. Ocupar o lugar de objeto “a” tal como instituído no discurso do analista, permite ao praticante circular pelos discursos radicais fazendo *semblant* a fim de favorecer a escuta do um a um. No caso acima, a alternativa encontrada pela praticante foi a de fazer *semblant* de S1 e operar com o discurso do mestre no hospital geral. Tal conduta propiciou condições para que a praticante lidasse com as suas angústias da paciente de maneira diferente daquela do corpo clínico. Já a paciente, conseguiu bordar e ter

algo dos seus aspectos subjetivos considerados. Portanto, é fundamental que o praticante saiba do seu lugar enquanto objeto “a” para que ele tenha alternativas no exercício da sua profissão e faça valer a ética do desejo.

4.5 O discurso do capitalista e o hospital geral

O discurso do capitalista é muito presente na contemporaneidade e o hospital geral também está submetido às suas exigências. Em um contexto no qual tudo pode ser comprado e vendido de acordo com o seu valor de mercado, a instituição hospitalar enfrenta a concorrência, e luta por maior lucratividade. Isto porque ela não deixa de ter um aspecto empresarial, independente de ser pública ou privada.

Com os avanços da tecnologia e da ciência, o hospital adquiriu características importantes que aumentaram a credibilidade dos pacientes nos seus serviços. A eficiência e a resolutividade passaram a ser marcas de um local em que a promessa de cura e de recuperação está sempre presente. Apesar da morte não poder ser evitada, as expectativas dos doentes são grandes em relação ao que o hospital oferece diante do adoecimento. Por este motivo, Ribeiro (1993) aponta que o hospital é uma instituição social que possui um reconhecimento público muito significativo. Nas suas palavras: “a percepção da sua imprescindibilidade social é absoluta, a segurança de sua eficácia quase materializável, a solidariedade entre seus pares intrínseca, a autoridade incontestável e a onipotência, uma de suas características.” (RIBEIRO, 1993, p.27).

Assim, o hospital é procurado pelos pacientes e pelos familiares como um ambiente acessível e capaz de proporcionar a solução para seus problemas. Ou seja, de alguma forma, ele torna-se também um objeto de consumo. Na medida em que é um espaço possível de ser comprado e consumido, é tratado como uma mercadoria que traz em si a promessa de bem-estar e satisfação.

Um exemplo desta relação do sujeito com o hospital pôde ser vista na vinheta clínica “Um pedido de socorro no Pronto Socorro” (p.54). Nela, foi descrita uma situação em que a paciente retornou várias vezes à instituição em busca de uma solução para algo que era de uma outra ordem que não a do empiricamente observável. Apesar das muitas tentativas de encontrar uma explicação orgânica para o seu mal-estar, isto não aconteceu. Contudo, ela e a sua mãe insistiam em procurar o pronto socorro como um local capaz de resolver as suas

questões. Elas esperavam que o hospital fornecesse uma resolução rápida e eficiente para um sofrimento que era referente à relação mãe e filha. Provavelmente, algum alívio imediato mas não consistente foi encontrado ali para justificar a frequência de tantas “visitas”.

Para a instituição, é interessante que o seu público, os doentes e os familiares, acreditem na sua capacidade de solucionar problemas. Ela precisa da clientela para que o dinheiro circule e o lucro seja produzido. Isto porque o hospital contemporâneo é caracterizado pela sua missão de curar que traz em seu bojo a reprodução do poder do capital. Ele realiza atividades econômicas, faz investimentos elevados, vende e consome as tecnologias médicas e, assim, aumenta o seu valor no mercado mantendo os seus consumidores. (RIBEIRO, 1993).

Entretanto, apesar da importância dos hospitais para a comunidade, não é tarefa fácil garantir a lucratividade e manter-se competitivo diante da concorrência. Isto porque existem várias instituições interessadas em conquistar um público tão fragilizado e angustiado quanto os doentes e seus familiares. Para atrair os consumidores, é necessário desenvolver estratégias e pensar em maneiras de seduzir a clientela.

Neste contexto, ser acreditado pela ONA é uma alternativa interessante. Significantes como “produtividade”, “qualidade”, “assistência” e “ética” são divulgados com o intuito de convencer o consumidor a utilizar os serviços de um determinado hospital. Através destes nomes, a instituição oferece ao paciente a oportunidade de consumir algo que supostamente é capaz de eliminar todas as suas angústias. Trata-se de uma maneira de convocar o paciente a ocupar o lugar de consumidor e de convencê-lo de que ali, e somente ali, a felicidade é possível.

No segundo capítulo, a vinheta clínica referente à ONA (p.50) demonstrou o valor dado à mesma na instituição em estudo. Pôde-se observar a cobrança da diretoria aos profissionais de saúde para que a acreditação fosse efetuada. Houve uma cobrança intensa aos coordenadores para que fizessem protocolos e cumprissem os critérios propostos. Independente das particularidades de cada trabalho, foi exigido que todos se enquadrassem no modelo ditado pela ONA de forma que a padronização e a normalização fossem máximas.

Assim, pode-se afirmar que, de certa maneira, todos no contexto hospitalar estão submetidos à força do discurso do capitalista. Mesmo que de forma velada, o capital exerce o seu poder e faz com que o sujeito, muitas vezes, não perceba qual o lugar que está sendo convidado a ocupar em determinada discursividade. Apesar das propagandas atraentes e sedutoras afirmarem que querem a saúde, o bem-estar e a satisfação dos seus clientes, o grande foco está na lucratividade e no crescimento financeiro da instituição. Por este motivo,

Ribeiro (1993) é bastante severo ao criticar a retórica hospitalar e a imagem passada para os seus usuários. Segundo ele, o hospital “representa a emergência de interesses submersos da produção industrial na saúde. O que aparece, todavia, é o seu resultado mais brilhante e socialmente aceito: o cuidado com o enfermo”. (RIBEIRO, 1993, p.30).

A importância dada à imagem do hospital pôde ser vista na vinheta “Os praticantes e o *marketing*” (p.52). Nela, verificou-se a tentativa da diretoria de promover o nome da instituição e, assim, conquistar um número maior de consumidores. A funcionária responsável pelo setor de propagandas, sentindo-se bastante cobrada pela administração, pressionou os profissionais de saúde para participarem de palestras e programas de televisão a fim de divulgarem a imagem do hospital. Ela estava claramente ansiosa e angustiada com a pressão exercida pelos seus superiores.

A clínica de psicologia também foi convocada a participar e, por motivos diplomáticos, optou por colaborar com uma entrevista sobre qualidade de vida. Contudo, após a realização do evento, observou-se que a cobrança por maiores participações continuaria e que haveria constantemente a exigência pela divulgação do nome do hospital. Depois de algumas discussões sobre o assunto, a equipe preferiu recusar o próximo “convite”. Isto porque percebeu que ela estava sendo convocada a colaborar com o discurso do capitalista. Ela funcionaria como um exemplo da suposta e tão valorizada excelência do hospital. Assim, optou-se por avaliar cada situação na sua particularidade para que a tomada de decisão fosse coerente com os pressupostos da psicanálise e não com os interesses administrativos.

Neste sentido, o hospital precisa estar sempre desenvolvendo, criando e inventando maneiras novas de capturar a clientela. Isto porque o mercado se encarrega de oferecer produtos cada vez mais poderosos, mais eficientes e mais sedutores. A concorrência é grande pois qualquer objeto traz em si uma suposta garantia de satisfação. Isto pode ser visto desde as propagandas de planos de saúde até o *marketing* de uma simples margarina. Pretensiosa, a ciência desenvolve objetos de fácil consumo e faz com que o consumidor se sinta dependente daquilo para alcançar a felicidade. Por este motivo, Lacan afirma que a ciência está “presente em nosso mundo de um modo que ultrapassa em muito tudo o que se pode especular sobre um efeito de conhecimento.” (LACAN, 20-05-70/1992, p.168).

Neste contexto, as instituições hospitalares investem em tudo o que possa colaborar para a sua imagem e para os seus lucros. A acreditação da ONA, as propagandas através da mídia, as melhorias nos seus restaurantes, nas suas instalações e nos seus serviços de atendimento ao cliente, são exemplos desta tentativa de concorrer com tantos *gadgets* vinculados às instituições de saúde disponíveis na contemporaneidade: o melhor serviço

médico esperado, o melhor serviço de hotelaria, portas automáticas na recepção, cortinas de controle remoto, elevadores eficientes, estacionamento para clientes, televisão nos quartos e outros. Trata-se de oferecer infindas possibilidades para o sujeito para que ele não lide com as suas questões e se mantenha distante da sua verdade.

Assim, o hospital é entendido pelos pacientes e pelos familiares como uma instituição pronta para lhes fornecer aquilo que lhes falta. De acordo com o seu “direito de consumidor”, o sujeito questiona o serviço de atendimento ao cliente e exige a tal “excelência” por eles divulgada. Isto pôde ser visto com clareza na vinheta “O enigma de um autista” (p.62). Nela, a mãe do paciente não estava satisfeita com o trabalho realizado pelos profissionais e cobrava maior capacitação dos mesmos uma vez que o seu filho exigia cuidados especiais. Em um outro fragmento clínico titulado “Uma atitude extrema” (p.46), a família não se conformava com a demora para a chegada de um determinado aparelho respiratório e chegou até à diretoria para reivindicar os seus direitos. Ou seja, nestas circunstâncias pôde-se observar o lugar de objeto ocupado pelo hospital geral e a postura de consumidores dos familiares que tudo podem exigir uma vez que tudo pode ser comprado.

Dessa maneira, todos os envolvidos com a instituição hospitalar estão, de certa forma, submetidos ao imperativo do discurso do capitalista, sejam os profissionais de saúde, os funcionários, os pacientes e familiares e mesmo a sociedade em geral. Em algumas ocasiões, isto é percebido com clareza. Já em outras, existe a imposição de uma ordem velada que leva o sujeito a agir sem que ele se dê conta do lugar que está ocupando na discursividade.

Como visto, o praticante também sente a força do discurso do capitalista e enfrenta dificuldades para exercer a ética do desejo no ambiente médico. Frente ao movimento avassalador dessa discursividade, quase sempre, existe uma impotência por parte do praticante em fazer valer a escuta do um a um. Isto porque se trata de um modo discursivo que, supostamente, possui a capacidade de eliminar a barra estrutural do sujeito. Diante da oferta de tantos *gadgets*, é um grande desafio para o praticante fazer com que o sujeito não consuma, e não seja consumido no contexto hospitalar. Contudo, cabe ao praticante estar atento aos convites para colaborar com tal discurso e ter traquejo para se posicionar de acordo com os pressupostos psicanalíticos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir desta dissertação de mestrado, podemos concluir que existe uma dificuldade no estabelecimento dos laços sociais no contexto do hospital geral. As vinhetas clínicas descritas no segundo capítulo demonstraram como as regras institucionais e o reducionismo científico desconsideram a subjetividade dos envolvidos com a organização e como isso é motivo de angústias e de reclamações. Através da descrição da rotina hospitalar, observou-se um estranhamento nas relações e uma falta de entendimento das discursividades vigentes. Com frequência, os usuários dos serviços não se davam conta dos discursos em questão e, assim, ficavam submetidos aos seus ditames.

Indiscutivelmente, todos os modos discursivos são presentes no espaço médico. Nos relatos da pesquisadora, pôde-se verificar que tanto os discursos radicais quanto o discurso do capitalista são freqüentes no dia a dia da instituição. O discurso da histórica, por exemplo, é muito comum entre os pacientes e os familiares. Sentindo-se fragilizados e inseguros, não é raro eles demandarem a figura de um mestre capaz de resolver todos os seus problemas. Já os enfermeiros, muitas vezes, se posicionam como escravos tal como instituído no discurso do mestre. Eles atendem as ordens dos médicos que exercem o seu poder de mando através das prescrições. Contudo, a extração das discursividades a partir dos fragmentos de casos, revelou a força e a prevalência de determinados discursos.

O discurso da universidade, inegavelmente, mostra-se cada vez mais imperativo. Isto pode ser visto através do aumento dos protocolos, dos manuais, das normas e da burocracia de maneira geral. Com frequência, os sujeitos não são ouvidos nas suas queixas e sentem-se pressionados a fazer tudo com rapidez, eficiência e objetividade. Diante da ausência de um nome a quem reivindicar os seus direitos, eles estão submetidos a um senhor que não tem endereço e que não pode ser questionado. O crescimento deste modo de relação é preocupante na medida em que ele exclui os aspectos subjetivos e tem conseqüências importantes para a escuta do um a um. Além disso, é importante enfatizar que não apenas os pacientes e os familiares sentem a influência do discurso da universidade. Todos os envolvidos com a instituição hospitalar estão, de alguma forma, submetidos a seus ditames e, muitas vezes, não se dão conta de tal imposição.

O discurso do capitalista também é muito presente na instituição hospitalar. Como visto, existe uma grande preocupação por parte do setor administrativo de tornar a organização atrativa aos olhos dos seus consumidores, a saber: dos pacientes e dos seus

familiares. Através de significantes tais como qualidade e excelência, o hospital objetiva conquistar a clientela e manter-se competitivo no mercado. Não é raro os administradores investirem em estacionamentos, restaurantes e lanchonetes, portas automáticas e quaisquer outras melhorias com a intenção de seduzir os seus clientes e fazer com que eles acreditem que ali, e somente ali, está a chave da felicidade.

O crescimento significativo do discurso da universidade e a presença constante do discurso do capitalista no hospital geral estão em consonância com as características da sociedade contemporânea. Atualmente, é muito fácil verificarmos o aumento enlouquecedor da burocracia e o excessivo consumismo de bens materiais. Em conjunto, as duas discursividades que os sustentam dificultam muito o estabelecimento de laços sociais pois excluem os aspectos subjetivos daqueles que, com elas, estão envolvidos. Além disso, elas se colocam como um desafio ao praticante de psicanálise na medida em que este trabalha com a subjetividade.

No presente estudo, a praticante encontrou uma alternativa interessante para o exercício da sua práxis na instituição hospitalar. Diante da alta complexidade do ambiente médico e da confluência de modos discursivos que lhe caracterizam, a praticante deu-se conta da importância da sua análise pessoal. Ela percebeu que quanto mais próximo do seu final de análise, mais próximo ela está de sua falta-a-ser, podendo ocupar o lugar de objeto “a”. Nessa posição, ela procura não se envolver em nenhuma espécie de disputa por poder ou por conhecimento. Depois de passar por um processo de destituição subjetiva, ela sustenta o discurso do analista, transita pelas discursividades e apenas “faz-de-conta de”. Tal posicionamento está de acordo com o comentário de Lacan, segundo o qual o analista não opera apenas com o discurso do analista. Conforme apresentado no capítulo anterior, nas suas palavras: “Mas, enfim, esse discurso analítico, é necessário, pois, não esquecer, queiram me desculpar se eu certamente nele não me coloco”. (LACAN, 1973-1974/2009, p.13, tradução nossa) ⁶. Assim, a praticante se permite transitar pelos discursos radicais e fazer *semblant* de qualquer termo discursivo que considerar conveniente e adequado para a situação na qual se acha envolvida.

No quarto capítulo, a praticante demonstrou que, estando consciente da sua posição de *semblant*, ocupar os lugares de agente nos discursos do mestre, da histórica e mesmo da universidade torna-se um recurso de grande valia para o estabelecimento de algo referente ao processo psicanalítico no espaço hospitalar. Ao fazer *semblant* de S1, \$ e S2, sem se

⁶ Mais enfin , ce discours analytique , faut quand même pas oublier, pour m'excuser si je n'y colle pas tout à fait.

identificar com os mesmos, a praticante pode criar um ambiente favorável para que alguma mudança aconteça na postura subjetiva do sujeito envolvido com o contexto médico. Trata-se de propiciar condições para que uma certa “transferização” (FREYMANN, 2008) se faça presente e o sujeito tenha a possibilidade de ser escutado nas suas questões.

Neste sentido, sustentada pelo discurso do analista, a praticante consegue discernir as discursividades presentes, os interesses vigentes e quais são os lugares que ela está sendo convocada a ocupar. Com isso, sempre consciente do caráter de *semblant* de sua posição, não lhe é difícil perceber com qual modo discursivo ela deve operar para que cada caso tenha a melhor solução possível. Durante todo instante, ela avalia a pertinência de cada posição discursiva e, enquanto “a”, possibilita que laços sociais sejam estabelecidos.

Em relação ao discurso do capitalista, esta dissertação abre uma discussão sobre o que pode o praticante diante do imperativo dessa discursividade no hospital geral. Esse é um modo de laço social que, supostamente, possui a capacidade de eliminar a barra estrutural do sujeito e isso dificulta muito a escuta psicanalítica. De toda maneira, é preciso prudência e traquejo por parte do praticante para que ele, pelo menos, não colabore com o movimento avassalador desse modo discursivo e não contribua para a desconsideração dos aspectos subjetivos.

Enfim, consideramos este trabalho esclarecedor no que se refere à presença das discursividades no hospital geral e propomos uma alternativa de trabalho interessante aos praticantes de psicanálise nesse espaço. A partir dos impasses vivenciados pela pesquisadora, houve a formalização de uma prática. Foi extraído um saber de uma experiência clínica que é útil para todos aqueles que convivem com a rotina de um hospital geral. Através do testemunho elaborado de uma práxis, demonstramos como a teoria dos discursos de Lacan é um recurso operatório, uma chave de leitura, para as relações estabelecidas na instituição hospitalar. Tratou-se de formalizar um saber novo sobre o já recorrente trabalho realizado pelos praticantes de psicanálise no ambiente médico. Assim, a partir dessa dissertação de mestrado podemos afirmar que os discursos de Lacan colocou-se como um instrumento, como uma ferramenta, para a formalização de uma prática já estabelecida.

Além disso, marcamos que a dificuldade de estabelecimento de laço social na contemporaneidade também se faz presente na instituição hospitalar e que isso deve ser questionado por aqueles que prezam pela subjetividade nesse ambiente. Finalmente, gostaríamos que essa dissertação instigasse os interessados no tema a verificar a pertinência desta dissertação em suas próprias práticas hospitalares, bem como a contribuir com outras construções teóricas a fim de enriquecer o exercício do praticante no âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Loyola, 1999.

ALBERTI, Sônia; ELIA, Luciano. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

BADIOU, Alain. Lacan e o real. In: GARCIA, Célio (Org.). **Conferências de Alain Badiou no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

BAREMBLITT, Gregorio. **Progressos e retrocessos em Psicanálise**. São Paulo: Global, 1978.

BARROS, Maria de Lourdes Guimarães de Almeida. Considerações sobre um caso clínico. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CABAS, Antonio Godino. **Curso e discurso na obra de Jacques Lacan**. São Paulo: Moraes, 1982.

CAMPOS, Sérgio de. **Psicanálise aplicada à medicina: o avesso do Gold Standard. Opção Lacaniana**. Belo Horizonte, n 38, p.34-37, Nov.2003.

CARVALHO, Simone Borges de. **O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista?** Articulação teórica a partir da experiência da clínica de psicologia e psicanálise do hospital Mater Dei. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

COELHO, Carolina Marra S. Psicanálise e laço social: uma leitura do Seminário 17. **Mental**, Barbacena, v.4, n.6, p.107-121, jun. 2006.

CRUZ, Alexandre Dutra Gomes. **A psicanálise aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**. 2007. 232f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COURA, Rubens. **A psicanálise no hospital geral**. São Paulo: Sarvier, 1996.

COUTO, Luis Flávio Silva. O analista sinthoma: uma das funções do analista no hospital geral. **Epistemossomática**, Belo Horizonte, v.4, n 1, p.93-109, jul. 2007.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DI CIACCIA, Antonio. O laço social, In: FORBES, Jorge (Org.) **Psicanálise e psicoterapia**. Campinas: Papyrus, 1997, p.65-73.

DOMINGUES, Ivan. Ética, Ciência e Tecnologia. **Kriterion**, Belo Horizonte, n. 109, p.105-174, Jun. 2004.

ENRIQUEZ, Eugene. **Da horda ao estado: psicanálise do vínculo social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

FERRARI, Ilka Franco. A realidade social e os sujeitos solitários. **Ágora; Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. XI, n.1, p.17-30, Jan/Jun 2008.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREGUE, Gotlob. **Sobre a justificação científica de uma conceitografia**. Os pensadores. v.36. São Paulo: Ed. Victor Civita, 1974.

FREUD, Sigmund. Totem e Tabu e outros trabalhos (1912-1913). In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: v.13. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão; o mal-estar na civilização e outros trabalhos. In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Análise Terminável e Interminável. (1937). In: **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREYMANN, Jean-Richard. L'effet du libéralisme sur le sujet. 16/03/2008. (inédito).

GOMES, Cristiano Mauro Assis. O lugar do psicanalista na instituição hospitalar: cientificidade e não-cientificidade da psicanálise. **Cadernos de Psicologia; Revista do Departamento de Psicologia da UFMG**, Belo Horizonte, v. 5, n. 6, p.37-43, Abr. 1998.

GRANHA, Maria Tereza; Reflexões sobre a prática do psicanalista no hospital geral. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **Fenomenologia do espírito** (1807). Petrópolis: Vozes, 1999, v.2.

JEAMMET, Philippe; REYNAUD, Michel; CONSOLI, Silla. **Manual de psicologia médica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1982.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**. V. 1 As bases conceituais, 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LACAN, Jacques. **O seminário - Livro XVII: O avesso da psicanálise** (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. Radiofonia (1970). In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a.

LACAN, Jacques. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola (1967). In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, Jacques. Televisão (1974). In **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

LACAN, Jacques. **Discours de Jacques Lacan à l'Université de Milan le 12 mai 1972, parudans l'ouvrage bilingue: Lacan in Italia 1953-1978**. En Italie Lacan, Milan, La Salamandra, 1978, pp. 32-55.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina (1966). **Opção Lacaniana**, Belo Horizonte, n. 32, p. 8-14, Dez. 2001.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Proposição de 9 de outubro de 1967 – 1ª versão (1967). **Letra Freudiana-Escola, Psicanálise e Transmissão**, Rio de Janeiro, n.0, Ano XIV, p.7-19, 1995.

LACAN, Jacques. **Séminaire 21 - Les non-dupes errent**. (1973-1974). 2009. Disponível em: <http://gaogoa.free.fr/Seminaires_HTML/06-DI/DI01071959.htm>. Acesso em: 21 out. 2009.

LAMBERT, Anamaria. Psicanálise no hospital. **Opção Lacaniana**, Belo Horizonte, n.37, p.48-54, Set.2003.

LAURENT, Éric. O analista cidadão. **Curinga**, Belo Horizonte, n. 13, p.12-19, Escola Brasileira de Psicanálise, Set. 1999.

LAURENT, Éric. Psicanálise e política. **Revista de Psicologia Plural**, Belo Horizonte, n.26, p.161-179, Jul/Dez, 2007.

LEMOINE-LUCCIONI, Eugénie. **Travail d'amour**. Paul Déroulède: Collection Trames – Actualité de la Psychanalyse, 1998.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **As estruturas elementares do parentesco**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LUSTOSA, Patrícia Rocha. A pesquisa em psicanálise: entre a técnica, a extensão e a intensão. Estados Gerais de psicanálise: II Encontro Mundial – Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/3e_Lustosa_35010903_port.pdf> Acesso em: 18 mai. 2009.

MARZAGÃO, Lúcio Roberto. Práxis e interpretação psicanalíticas como análise do discurso. **Percursos: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v.3, n.5/6, p.77-81, 1ºsem. 1991.

MILLER, Jacques Alain. **Percursos de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia**. 2001. Disponível em: <http://www.cdcelp.org/freudiana/J.A_Miller_1.PDF>. Acesso em: 01 nov. 2009.

MILLER, Jacques Alain. O outro que não existe e seus comitês de ética. **Curinga**. Belo Horizonte, n.12, p.4-18, Set. 1998.

MILLER, Jacques Alain. Os seis paradigmas do gozo. **Opção Lacaniana**. São Paulo, n.26/27, p.87-105, Jul. 2000.

MOHALLEM, Léa Neves; SOUZA, Elaine Maria do Carmo Dias de; Nas vias do desejo... In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOHALLEM, Léa Neves. Psicanálise e Hospital: um Espaço de Criação. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital – 3 Tempo e morte Da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MORSCH, Denise Streit; LOPES, Cláudia; MÉIO, Maria Dalva Barbosa Baker. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.3, p.311-318, Jun. 2003.

MOURA, Gisele Corrêa Martins. Urgência subjetiva e tempo – O que é isto? In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital – 3 Tempo e morte Da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

MOURA, Marisa Decat de; MOHALLEM, Léa Neves. Considerações sobre a prática psicanalítica na instituição hospitalar. **Epistemossomática**, Belo Horizonte, n. 1, p.75-84, Ago. 1991.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Psicanálise e hospital: Se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele? **Epistemossomática**, Belo Horizonte, v. IV, n. 2, p.127-138, Ago/Dez 2007.

MOURA, Marisa D.; MOHALLEM, Léa N.; FARIA, Solange M.; O psicanalista no CTI. In: ROMANO, Bellkiss W. (Org.). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994. Cap. 10, p.149-172.

MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital – 3 Tempo e morte Da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE GENEVRA, **Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed Ed, 1993.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso: 23 mar. 2009.

PINTO, Jeferson Machado. A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.12, n.3, 1999.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização**: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <<http://www.pucminas.br/biblioteca>>. Acesso em: 24 out. 2009.

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar , 2009.

QUINET, Antônio. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: Quinet, Antônio (Org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RABINOVICH, Diana. O psicanalista entre o Mestre e o Pedagogo. **Cadernos de psicologia; Revista do Departamento de Psicologia da UFMG**: Belo Horizonte, v. 11, p.9-28, ano 2005.

REZENDE, Cláudio. **Os discursos enquanto um modo de leitura dos laços sociais na indústria**: uma proposta de intervenção visando a implicação do funcionário em seu discurso. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

SANTIAGO, Jesús. O declínio da função paterna, sua repercussão na família e a consequência na família. **Opção Lacaniana**. São Paulo, Edições Eóli, n.21, p.24-27, abril, 1998.

SANTOS, Tania Coelho. A política do psicanalista: o saber da psicanálise entre ciência e

religião. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.14, n.1, p.63-82, Jun. 2008.

SAUSSURE, Ferdinand de. **Curso de Linguística Geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 1979.

SELLTIZ, Claire *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SILVA, Deise Dias da; A apropriação imaginária do tempo na práxis da urgência. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital – 3 Tempo e morte Da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SILVA, Mônica Eulália da. **O analista gestor: um estudo sobre a prática de um analista de orientação lacaniana como coordenador de um serviço público de saúde mental**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOUZA, Aurélio. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de. Os diferentes discursos na instituição hospitalar. **Percursos: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 12, n.23, p.35-42, 2ºsem. 1999.

SOUZA, Elaine Maria do Carmo Dias de; O dinheiro e a psicanálise. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

VEGH, Isidoro *et al.* **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2001.

VIGANO, Carlo. Da instituição ao discurso. **Mental**, Barbacena v.4, n.6, p.33-40, jun. 2006.

VILELA, Maria Luisa Duarte; Um ato desconcertante. In: MOURA, Marisa Decat de (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ZILIOTTO, Denise Macedo. A posição do sujeito na fala e seus efeitos: uma reflexão sobre os quatro discursos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 15, n. 1-2, ano 2004.

APÊNDICE – Índice de Vinhetas Clínicas

1. Uma recusa de tratamento.....	16
2. Uma questão sexual.....	18
3. Motivo para não querer viver?.....	19
4. As marcas do gozo.....	21
5. Mais uma fatalidade	23
6. A morte em vida.....	24
7. A disponibilidade do praticante de psicanálise.....	26
8. A negativa de uma demanda.....	28
9. Um convite à fala.....	30
10. Uma psicose sem diagnóstico conhecido.....	32
11. A outra.....	33
12. O medo de ser seca.....	35
13. Diálogo de surdos.....	36
14. A notícia de um diagnóstico.....	38
15. Funcionamento institucional X Complexo familiar.....	39
16. O poder do “sistema”.....	41
17. A subjetividade como desorganizadora dos protocolos.....	42
18. Religião: a salvação de todos.....	44
19. Uma atitude extrema.....	46
20. Protocolo para paciente psiquiátrico?.....	48
21. As exigências da ONA.....	50
22. Os praticantes e o <i>marketing</i>	52
23. Um pedido de socorro no Pronto Socorro.....	54
24. Um jogo de “empurra-empurra” no CTI.....	56
25. O corpo morto.....	58
26. O tempo subjetivo no hospital geral.....	60
27. O enigma de um autista.....	62
28. Não deixe ele sofrer.....	65
29. Uma auxiliar em apuros.....	67

30. Bombeiros? Não, não apagamos incêncido.....	69
31. Vítima ou culpada.....	71
32. Uma internação sem justificativa médica.....	73
33. Magra e bonita.....	75
34. Uma aposta no bloco cirúrgico.....	77

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)